FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

N° 33

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 19 novembre 1903, à 1 heure

PAR

Jean-Maurice SARDAIN
Interne de la maison de santé de Vanves

LA DURÉE
DE LA
PARALYSIE GÉNÉRALE

Président : M. RAYMOND, *Professeur.*

Juges : MM. CHANTEMESSE, *Professeur.*
BUDIN, *Professeur*
DUPRÉ, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1903

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. / BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	LANDOUZY. / HAYEM. / DIEULAFOY. / DEBOVE.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND. / TERRIER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY. / LE DENTU. / TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. / BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef des travaux anatomiques)
AUVRAY.	GILLES DE LA TOURETTE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GOSSET.	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
BROCA Auguste.	GUIART.	MARION.	THOINOT.
BROCA André.	HARTMANN.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	JEANSELME.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	RENON.	WALTHER.
DEMELIN.	LAUNOIS.	REMY.	WIDAL.
DESGREZ.	RICHAUD.		WURTZ.
DUPRÉ.			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR RAYMOND

Professeur de clinique des Maladies nerveuses à l'Université de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Pendant notre internat à la maison de santé de Vanves, nous avons pu observer un assez grand nombre de paralytiques généraux, sous la direction de notre excellent maître, M. le docteur Arnaud. Qu'il nous permette ici de lui exprimer notre reconnaissance pour les conseils précieux et éclairés qu'il nous a prodigués dans l'étude de la médecine mentale et pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Nous adressons également un souvenir ému à la mémoire de notre vénéré maître, M. le docteur J. Falret, qui, pendant les deux ans que nous avons eu le bonheur de le connaître, nous témoigna toujours les marques les plus affectueuses de sa bonté.

Nos premiers maîtres à l'Ecole de médecine de Limoges : M. le docteur Chénieux et M. le docteur Delotte, dont nous avons été l'interne ; nos professeurs, MM. J. Lemaîstre et Raymond, ont droit à toute notre reconnaissance.

Dans les divers services que nous avons fréquentés dans les hôpitaux de Paris, nous avons trouvé des maî-

tres auxquels nous sommes heureux d'adresser nos plus sincères remerciements.

Nous ne saurions trop exprimer notre vive gratitude à M. le docteur Arnaud qui nous a fourni en très grande partie les observations de paralysie générale que nous publions.

Nous adressons à M. le professeur Raymond nos respectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

HISTORIQUE

Au Congrès de médecine mentale tenu à Paris, au mois d'août 1878, J. Falret, notre savant et regretté maître, disait en parlant de la paralysie générale : « Chose remarquable, dans l'étude de cette affection, on « a en quelque sorte marché à reculons. On a com- « mencé par l'autopsie. On a d'abord découvert dans le « cerveau des aliénés des lésions diverses qui ont attiré « l'attention des observateurs, et après les avoir consta- « tées, on a rattaché à ces lésions les symptômes para- « lytiques observés chez ces malades dans les dernières « périodes de leur existence. Aussi n'étudiait-on, à cette « époque, que les périodes ultimes de cette affection, « et était-on arrivé à lui assigner une durée moyenne « de six mois à un an environ. On n'était pas encore « remonté au véritable début de la maladie. »

Ces quelques mots nous expliquent, en partie, pourquoi les premiers auteurs ont assigné à la paralysie générale une durée notablement inférieure à celle qu'on lui a reconnue plus tard.

En effet, à mesure que l'affection a été mieux étudiée,

le début a été reculé par le diagnostic de plus en plus précoce. D'autre part, on a ajouté une période prodromique formée par un ensemble de symptômes, simples signes de présomption, d'abord, plus tard, se rattachant d'une façon certaine à la maladie. Cette période a augmenté d'autant, parfois de beaucoup la durée de l'affection.

D'autres causes encore concourent à ce résultat. Les formes à longue durée sont devenues mieux connues, grâce aux travaux de Baillarger sur les rémissions aux études commencées par Morel et surtout Doutrebente sur les paralysies générales évoluant chez des héréditaires. Cependant, il ne faut pas oublier que ces formes à longues durées n'étaient pas inconnues et que même au début nous trouvons les chiffres de 10, 12 et même 15 ans.

Enfin, si nous ajoutons à ces causes les bienfaits d'une hygiène mieux comprise et de soins plus attentifs et plus précoces, nous aurons les principales raisons de l'augmentation de durée de la paralysie générale.

Un court historique nous montrera bien la progression suivie.

Delaye (1), dans sa thèse, nous donne son appréciation assez vague : « Quelques malades, dit-il, succom« bent au bout d'un an, tandis que d'autres vivent pendant 10, 12 et même 15 ans. »

D'après Calmeil (2), certains paralytiques vivent huit

(1) Considérations sur une espèce de paralysie générale qui affecte particulièrement les aliénés. *Thèse*, Paris, 1824.

(2) De la paralysie générale considérée chez les aliénés, 1825.

« mois, un an, dix-huit mois, d'autres résistent deux « ans, trois ans rarement au delà. La moyenne propor- « tionnelle de l'existence des malades que j'ai étudiés, « m'a paru être de treize mois. »

Mais en même temps, il nous montre la témérité qu'il y aurait à porter un pronostic : « ainsi, dit-il, en « parlant du paralytique général, on s'était promis qu'il « vivrait un an, par exemple, et il succombe dans le « cours du mois. » Plus loin : « par une bizarrerie in- « croyable, il est des paralytiques qu'on juge con- « damnés à mourir dans un délai rapide et dont le sort « s'améliore très promptement. »

Un peu plus tard il signale toute l'importance des soins hygiéniques et d'une surveillance attentive qui peuvent, dit-il, prolonger la vie des malades de plusieurs années (1).

La durée moyenne attribuée par Bayle (2) à la paralysie générale est de 1 an à 1 an et 1/2.

Esquirol (3), qui ne semble guère penser aux rémissions dit « qu'elle a une marche incessante, va toujours « en augmentant et qu'il est rare que les aliénés para- « lytiques vivent au-delà de 1 à 3 ans. »

Parchappe (4) a trouvé une moyenne de 1 an 11 mois et 4 jours.

Marcé (5) prétend que les soins et l'hygiène peuvent

(1) *Dictionnaire*, en 30 vol., t. XIII, p. 148.
(2) *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, 1826.
(3) *Traité des maladies mentales*, 1839.
(4) *Traité théorique et pratique de la folie*, 1841.
(5) *Traité des maladies mentales*, 1862.

prolonger l'existence pendant 3, 4 années et même plus. A son avis, la durée est supérieure dans les établissements privés. Il a vu des paralytiques généraux résister 6 ans, 7 ans et même la maladie s'immobiliser de la façon la plus inattendue.

Foville, d'après une statistique de 100 cas pris à Charenton, a trouvé comme moyenne 2 ans, 3 mois, 21 jours.

Voisin (1) ne fixe aucune durée il se contente de dire qu'elle varie pour les différentes formes et que la moyenne établie par les statistiques peut être l'objet de beaucoup d'erreurs.

J. Falret (2) dit que sa durée moyenne « oscillera « entre deux ou quatre ans et sera ordinairement de « trois ans environ. » Quelques années après, il dit en parlant de cette durée: « On l'avait d'abord fixée à « six mois ou un an. Plus tard on était arrivé à « admettre qu'elle pouvait se prolonger pendant trois « ans. Mais les observations nouvelles, que l'on a col- « lectionnées depuis plus de vingt ans, ont conduit à « étendre singulièrement la durée de cette affection (3). »

Nous bornerons là cet aperçu historique. Les nombreux travaux qui ont paru, les mémorables discussions à la Société médico-psychologique, ont précisé les limites de la paralysie générale. On a étudié des formes,

(1) *Traité de la paralysie générale.*

(2) Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales. *Thèse*, Paris, 1853.

(3) Congrès international de Médecine mentale, Paris, août 1878.

des variétés qui présentent parfois dans leur durée des différences telles qu'il est nécessaire de les examiner séparément.

DIVISION

Nous ferons de cette étude cinq parties qui formeront les chapitres suivants :

I. — Durée de la période prodromique.

II. — Durée de la période de maladie confirmée.

III. — Durée totale de la paralysie générale.

A. — Paralysie générale à marche rapide.

B. — Paralysie générale à longue durée.

C. — Paralysie générale précoce.

D. — Paralysie générale chez la femme.

E. — Formes de la paralysie générale.

Forme délirante,

Forme démentielle.

Forme spinale.

F. — Aperçu général.

G. — Influence du traitement sur la durée de la paralysie générale.

IV. — Observations.

V. — Conclusions.

I. — Durée de la période prodromique.

A côté des symptômes très apparents, comme les vertiges, l'inégalité pupillaire, etc., cette période de la maladie en comprend d'autres de si faible importance par eux-mêmes, qu'ils n'attirent souvent pas l'attention.

Lorsque, par leur groupement ou leur répétition, ces faits sont venus se renforcer les uns les autres, lorsqu'ils sont assez nombreux pour inquiéter la famille ou même pour permettre un diagnostic, on songe alors à regarder en arrière et on se rappelle des bizarreries, des changements d'humeur, des oublis, etc., qui étaient passés inaperçus ou qu'on avait considérés comme insignifiants. Il est alors presque impossible de préciser le début de leur apparition. D'ailleurs y arriverait-on, qu'on ne serait pas encore remonté au commencement de la maladie. Toutes ces modifications mentales sont dues à une altération organique qui les a précédées et qui évolue d'une façon essentiellement lente et dont le début est inappréciable.

Nous voyons par là qu'il est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, d'indiquer d'une

façon exacte à quel moment a commencé cette période prodromique. Au point de vue pratique, nous ferons coïncider ce début avec le premier trouble apparent ou les premières modifications de caractère ou d'humeur nettement constatées. C'est dire que nous serons toujours en deçà de la vérité et que les chiffres que nous donnerons seront toujours inférieurs à la réalité et pourraient être augmentés de quantité souvent assez considérable.

Il est également très délicat de dire à quel moment finit la période prodromique et commence la seconde période ou période de maladie confirmée. Cependant, si, dans certains cas, le diagnostic aurait pu être fait plus tôt ; d'une façon générale, cette seconde période a un début marqué soit par l'explosion d'un délire, soit par un ictus suivi de troubles orientaux qui nécessitent l'entrée du malade à l'asile ou à la maison de santé. C'est à ce moment-là que le diagnostic est porté. Ce sera pour nous la limite de démarcation entre la première et la seconde période.

Nous n'avons pas à énumérer ici tous les symptômes prodromiques de la maladie, mais nous tenons à indiquer que nous comprenons dans ce nombre certains troubles oculaires et les symptômes tabétiques qui précèdent quelquefois de très loin les autres accidents. Déjà les centres nerveux ont reçu une atteinte, il y a là le début d'un processus pathologique qui évolue lentement et finit par aboutir à la maladie qu'on constate au bout d'un temps plus ou moins long. Nous rattacherons également à cette première période des faits d'une

grande importance, mais qui, seuls, ne permettent pas de faire un diagnostic. Ainsi, un ictus survenant dans certaines conditions fera penser à la paralysie générale, mais ne permettra pas de l'affirmer, il en est de même des accès mélancoliques ou des accès maniaques que Baillarger appelait folies congestives. Le malade guérit de son accès et rien ne permet d'assurer qu'il s'agit là d'un début de paralysie générale. Ce n'est qu'après une rémission plus ou moins longue que la maladie apparaît certaine. Malgré leur importance, ces faits trouvent donc encore leur place dans la période prodromique

Il y a longtemps, déjà, que les symptômes prodromiques ont été signalés, bien avant qu'on ait songé à en faire une période de la maladie.

Bayle (1) décrit les phénomènes précurseurs de la méningite chronique.

Très souvent, dit-il, les malades perdent la mémoire ont des distractions et des absences, se plaignent d'avoir la tête lourde et embarrassée et présentent des phénomènes qui se manifestent à l'origine de la maladie, qui tiennent, à son existence mais qui, pouvant appartenir à différentes affections, ne peuvent servir à les caractériser. Il admet, mais rarement que la maladie puisse débuter tout à coup avec ces symptômes essentiels. Il ne dit point combien de temps auparavant peuvent se montrer les prodromes. Mais nous pouvons en avoir une idée en parcourant ses observations. On trouve souvent

(1) Bayle. *Loc. cit.*

des termes vagues ; depuis quelques mois, depuis quelque temps, depuis longtemps.

En s'aidant des dates, on obtient aussi des chiffres précis. Pour n'en citer que quelques exemples dans l'observation XII, p. 305, le malade a eu plusieurs ictus plus d'un an auparavant ; dans l'observation IV, p. 268, nous trouvons un affaiblissement intellectuel et un changement de caractère depuis 3 ans et dans l'observation XI, p. 301, un ictus 8 ans avant le début confirmé.

Calmeil (1) reconnaît aussi l'existence d'une période prodromique mais sans lui fixer de durée : « Si on ne « pèse pas les choses avec attention, on fera remonter « à une époque moins éloignée qu'il ne faut le début de « la paralysie générale. » Plus tard, il dit que « sur « un assez grand nombre de sujets l'explosion définitive de la périencéphalite chronique diffuse est précédée par une période d'aberrations fonctionnelles des « plus notables, et dont il est difficile de n'être pas aussitôt frappé (2) ».

Dans les observations de Parchappe (3), qui ne fait que signaler ces faits, sans attirer autrement l'attention sur eux, on remarque des symptômes prodromiques (insomnie, maux de tête, modifications du caractère, etc...) survenant 1, 2 mois, 1 an, 15 mois, 2, 3, et même 4 ans avant le début de la maladie.

(1) Calmeil. *Loc. cit.*

(2) Calmeil. *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, 1859.

(3) Parchappe. *Loc. cit.*

Dans un chapitre où il traite des symptômes précurseurs de la paralysie générale, Hubert Rodrigues (1), après les avoir énumérés et décrits, dit : « que la durée « de cette période est très variable, suivant une foule « de circonstances qu'il n'est pas besoin de détailler. »

Pour chacune de ces variétés de paralysie générale, J. Falret (2) indique des symptômes prodromiques différents. Des vertiges, des ictus, dans la variété congestive. A ce propos, il conseille de n'accepter qu'avec réserve les cas semblant débuter par une attaque épileptiforme, alors que le développement de la maladie, dit-il, est ordinairement lent et insensible. Dans la variété paralytique, des symptômes physiques (tremblements, inégalité papillaire, etc.), constituent la période prodromique dont la durée est excessivement variable ; elle peut se prolonger pendant longtemps. Un stade mélancolique peut précéder la variété mélancolique, et ce stade peut, dans quelques cas exceptionnels, avoir une longue durée, c'est principalement dans ces cas que l'on a noté une prolongation excessive de la maladie. D'ordinaire, il est assez bref et passe le plus souvent inaperçu. Après une assez courte intermittence, il ne tarde pas à être suivi de l'explosion du délire. Enfin, un état de suractivité conciliable jusqu'à un certain point avec la raison, précède la variété expansive, mais ne tarde pas à être suivi d'agitation et de délire évident.

(1) *Traité de la paralysie générale chronique considérée spécialement chez les aliénés*, 1847.

(2) *Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales*, 1853.

A. Voisin (1) évalue ainsi la durée de la paralysie générale : « On peut dire qu'en général elle est de « quelques mois ; nous trouvons très souvent dans nos « notes le terme de trois mois. » Mais il admet aussi qu'elle se prolonge quelquefois beaucoup plus : « Il est « des individus qui côtoient la folie pendant un grand « nombre d'années : Morel a pu dire avec raison que « parfois l'incubation durait toute la vie. »

Cette longue incubation, plus fréquente dans la folie simple, pour lui, se rencontre aussi quelquefois dans la folie paralytique. Nous ne le suivrons pas jusque-là.

Christian et Ritti (2), après avoir fait ressortir la difficulté qu'il y a à déterminer avec exactitude la durée de la période prodromique, disent : « Nous croyons cepen- « dant que, dans la majorité des cas, cette période a « duré un an ou dix-huit mois avant l'explosion de la « maladie ».

Le début de la paralysie générale, dit Dagonet (3), se fait ordinairement d'une manière lente, mais dans quelques cas, la maladie peut faire explosion d'une façon presque subite. Lorsque les symptômes prodromiques existent, on peut les trouver longtemps, plusieurs mois, une année et même plus, avant le début.

« La paralysie générale, dit Cullère (4), n'éclate jamais « brusquement ; elle est en général précédée d'une pé-

(1) Voisin, *loc. cit.*

(2) *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, art. « Paralysie générale », 1894.

(3) *Traité des maladies mentales*, 1894.

(4) *Traité pratique des maladies mentales*, 1890.

« riode prodromique qui peut durer de quelques mois « à plusieurs années. »

Gross (Heidelberg) n'a observé, sur 189 cas, que dix fois un début sous forme aiguë et il signale des troubles neurasthéniques comme symptômes prodromiques. Il a observé plusieurs cas où le premier accès a été suivi d'un second avec symptômes de paralysie générale après des rémissions variant de deux à dix ans.

Déjà, en 1879, Régis (1) publie un mémoire remarquable commençant ainsi : « La paralysie générale est « une affection essentiellement chronique, à début rare- « ment brusque, le plus souvent insidieux et progressif ; « avant d'en arriver à ses manifestations classiques, « elle passe par un stade d'invasion, variable suivant « les sujets, mais que l'on pourrait appeler, chez la plu- « part, stade de dynamie fonctionnelle. » Dans les observations que contient ce mémoire, nous voyons la période de dynamie avoir une durée trois fois de trois mois, cinq fois de six mois, trois fois de huit mois, une fois de un an et deux fois de deux ans. Longtemps après, dans son *Manuel pratique de médecine mentale*, il décrit la période prodromique et dit que les premières altérations de l'intelligence, du moral et des fonctions organiques, qui ont marqué l'éclosion de la maladie, remontent souvent à plusieurs années avant son apparition évidente.

D'après 8 cas qu'il a observés, J. Hepburn (2) estime

(1) *De la dynamie ou exaltation fonctionnelle au début de la P. G.* (Mémoire qui a obtenu le prix Esquirol pour l'année 1879.)

(2) *American Journal of insanity*, 1895.

que dans la paralysie générale se rencontrent très fréquemment des signes précoces du côté des yeux et que ces signes peuvent survenir de un à trois ans avant l'apparition des symptômes classiques.

Thomsen (1) (de Bonn) considère les symptôme d'Argyll-Robertson et de Westphall comme les deux signes prodromiques principaux de la paralysie générale. Ils pourraient être constatés de deux à six ans avant l'apparition de la maladie.

D'après Magnan et Sérieux (2), la phase prodromique est souvent assez longue, elle peut durer un an, deux ans et même davantage.

Nous trouvons dans Krafft-Ebing (3) l'opinion suivante : « Cette période de développement de la maladie « jusqu'à l'acné (manie, délire des grandeurs, etc.) et « jusqu'à la destruction de la vie sociale et psychique, « peut durer plusieurs années. »

Raymond et Sérieux (4) pensent que la période prodromique est souvent assez longue : elle peut durer un an et même deux ans. Le plus souvent, disent-ils, elle est méconnue. Ce ne sont que des troubles nerveux, plus ou moins vagues, que l'on attribue à la neurasthénie. Souvent il n'existe que des modifications d'humeur ou de caractère auxquelles il est rare qu'on attache de l'importance.

(1) *Congrès de Bruxelles*, 1897.
(2) *La Paralysie générale.*
(3) *Traité clinique de psychiâtrie*, par le docteur R. Von Krafft-Ebing, traduit par le docteur Emile Laurent, 1897.
(4) Paralysie générale, *Traité de médecine*, t. IX, avril 1902.

Cette période, dit Rogues de Fursac (1), manque rarement, elle est souvent fort longue et dure des mois et même des années.

Enfin, nous rapporterons cette phrase de Dupré (2) : « L'affection a toujours un début lent et insidieux. Lors- « qu'un ictus apoplectique ou épileptique apparaît « comme symptôme précoce, ce n'est jamais un phéno- « mène de début qu'en apparence, et l'anamnèse permet « facilement au médecin de retrouver les éléments d'une « période prodromique dont l'insidieuse évolution avait « échappé a l'entourage. » Cette période, toujours longue, peut varier de quelques mois à quelques années.

Ainsi, tous les auteurs qui ont étudié la paralysie générale ont reconnu l'existence de cette période prodromique ; tous s'accordent également à faire ressortir la difficulté qu'il y a à évaluer sa durée. Cependant, les chiffres donnés ne varient guère. Nous ne parlerons pas de l'opinion de Voisin, qui semble se complaire à exagérer, en trop, lorsqu'il parle de nombreuses années et même de toute une vie, en moins lorsqu'il donne comme le plus fréquent le chiffre de trois mois.

Nous trouvons aussi des durées de 3, 4, 6, 8, 10 ans, mais, dans la majorité des cas, les opinions ne font guère que se répéter pour citer les délais de un an, deux ans, quelques années.

Nous avons réuni un certain nombre d'observations

(1) *Manuel de psychiâtrie*, 1903.

(2) Paralysie générale progressive, in *Traité de pathologie mentale*, G. Ballet 1903.

où les malades ont été suivis de très près et où la période prodromique a été reconstituée aussi exactement que possible, nous constatons que la durée de cette période varie entre les limites extrêmes de un mois et demi et neuf ans. La moyenne est de deux ans et huit mois, c'est-à-dire à peu près celle que nous trouvons indiquée partout aujourd'hui.

II. — **Durée de la période de maladie confirmée.**

Cette période a pour limites, d'une part le moment où le diagnostic de paralysie générale a pu être fait, d'autre part la fin de la maladie. Ainsi que nous l'avons vu, elle a été la seule envisagée pendant très longtemps et sa durée, ou même une partie de sa durée était confondue par les premiers auteurs avec la durée totale de la maladie. Nous avons déjà exposé les divers avis émis, il nous faudrait donc reprendre l'étude de cette période au point où finit notre historique. Mais à ce moment, la question devient plus complexe. Il faut examiner séparément chaque forme de la maladie. Comme nous sommes obligé de faire cette étude à propos de la durée totale de la maladie, pour ne pas nous répéter, nous ne ferons qu'indiquer, ici, cette période réservant la discussion plus approfondie au chapitre suivant. Nous mentionnerons simplement les chiffres qui résultent de nos observations. Si nous

prenons la moyenne des 63 cas, nous obtenons une durée de deux ans et un mois. Le minimum a été de 16 jours, le maximum de neuf ans. Nous pouvons aussi constater que les durées de trois, quatre et six ans sont fréquentes.

III. — **Durée totale de la paralysie générale**

Cette durée comprend naturellement la réunion de celles des deux périodes que nous venons de voir.

Nous examinerons d'abord certaines paralysies qui se distinguent des autres (paralysies à marche rapide, de longue durée, paralysie générale précoce et paralysie chez la femme), puis nous verrons l'influence qu'exercent sur la durée les diverses formes de la maladie, les complications et le traitement.

A) Paralysie générale a marche rapide

La paralysie générale évolue parfois, avec une extrême rapidité. Beau (1), le premier, a décrit cette forme aiguë, mais on s'accorde généralement à rejeter ses observations du cadre de la maladie. Trélat (2) lui a don-

(1) *Archives de médecine*, 1852.
(2) *Annales médico-psychologiques*, 1855.

né le nom de paralysie générale galopante, par analogie avec la phtisie galopante.

Il cite 4 observations ayant évolué en quelques mois. Nous trouvons après cela, dans chaque auteur, une mention spéciale pour cette forme de la maladie. Il peut arriver, dit Linas (1), que la maladie affecte la forme suraiguë.

Marcé (2) admet que dans certains cas, l'ensemble des symptômes éveille l'idée d'un délire surajouté à une paralysie générale. On voit des cas se terminer ainsi par la mort au bout de 15 jours, de trois semaines ou d'un mois. Voisin (3) dit qu'on voit la mort survenir en 1 mois, 15 jours, 8 jours même. Le délire revêt soit le caractère du délire maniaque avec agitation, soit du délire hypocondriaque, dans d'autres cas l'intelligence est rapidement oblitérée.

Ball (4) met en doute la paralysie générale aiguë signalée plus haut. Il se demande s'il s'agit réellement d'une forme particulière, ou d'une variété d'encéphalite aiguë. Christian et Ritti en donnent la description dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Cullerre (5) en fait une sorte de combinaison du délire aigu et de la paralysie générale qui peut emporter le malade en trois semaines ou un mois. Quelquefois, dit Dagonet (6), la marche est rapide, pour ainsi dire galo-

(1) *Thèse inaugurale*, Paris, 1857.
(2) Marcé, *loc. cit.*
(3) Voisin, *loc. cit.*
(4) Ball, *loc. cit.*
(5) Cullerre, *loc. cit.*
(6) Dagonet, *loc. cit.*

pante ; dans l'espace de quelques mois ou même de quelques semaines, la maladie a parcouru ses différentes périodes.

Pour Régis (1), le malade peut être emporté en 8 ou 15 jours dans les cas de délire aigu paralytique. Krafft-Ebing (2) admet que dans certains cas rares, le processus qui est la base de la démence paralytique, peut évoluer dans le délai d'un mois et au maximum d'un an.

Pour Raymond et Sérieux (3), dans des cas exceptionnels, la maladie évolue en quelques mois (forme rapide) ou plus rapidement encore (paralysie générale galopante de Trélat). Que faut-il penser de ces cas à évolution rapide ? Nous croyons qu'on peut diviser en trois groupes les faits qui se présentent : dans les uns, « il « s'agit de toxi-infections aiguës, fébriles, d'origine « plus ou moins déterminée, à localisation cérébro-« méningée, à évolution rapide et fatale, qui rentrent « dans le cadre du délire aigu, et qui, par définition, ne « peuvent rentrer dans celui d'une méningo-encéphalo-« pathie chronique et apyritique comme la paralysie « générale (Magnan, Falret, Marie, Christian, Ritti, Arnaud, Klippel, etc...). » Dupré (4). D'autres fois, on a affaire à une paralysie générale compliquée de délire aigu dû à un état toxi-infectieux. Enfin on peut observer des formes qui, du début à la terminaison ont une évolution rapide. Ces deux derniers groupes nous inté

(1) Régis. *Manuel pratique de médecine mentale.*
(2) Krafft-Sbing, *loc. cit.*
(3) Raymond et Sérieux, *loc. cit.*
(4) Dupré, *loc. cit.*

ressent puisque, soit par complication, soit naturellement, la maladie a une marche spéciale et une terminaison rapide qu'on peut parfois prévoir, à laquelle on doit du moins songer.

B. Paralysie générale de longue durée

On peut opposer aux cas précédents des paralysies ayant une durée parfois extrêmement longue. On a publié et depuis longtemps des observations de paralytiques généraux qui ont vécu 8, 10, 15 ans et davantage. On a même parlé de guérison.

A quoi est due cette prolongation exceptionnelle ? L'âge, le sexe, la forme de la maladie ont une importance considérable. Ainsi, chez les enfants, chez les femmes, dans les formes démentes, la durée de l'affection est relativement longue. Mais ce sont là des cas que nous examinerons plus loin, nous allons étudier maintenant deux causes de grande valeur : le terrain et les rémissions.

Les antécédents héréditaires vésaniques semblent augmenter la durée de la paralysie générale.

Doutrebente (1) dit que la paralysie générale dont l'évolution moyenne est de deux à trois ans, treize mois même, d'après Calmeil, chez les héréditaires tend à

(1) *Thèse*, 1870.

devenir chronique, rémittente et peut durer 10, 15 et 25 ans. Marandon de Montyel (1) s'élève contre cette opinion : « L'influence heureuse de la prédisposition « vésanique sur la marche de la paralysie générale « progressive constituerait une grande exception aux « lois ordinaires de l'hérédité ; dans la pathologie « entière, elle est une cause aggravante qui se joue des « efforts du médecin. » Lionet (2) fait une classe à part des paralytiques généraux vésaniques, et émet cette conclusion : « Les rémissions vraies et de longue durée, « ainsi que les longues périodes prodromiques, sont « l'apanage des paralytiques généraux d'origine vésa- « nique. La durée de la maladie varie entre 10, 12 et « 15 ans. » Cet avis est partagé par J. Falret. Nous le retrouvons ensuite dans plusieurs auteurs. Raymond et Sérieux (3) expliquent la longue durée de la maladie dans ces cas spéciaux de la façon suivante : Chez un héréditaire, les premières modifications organiques se traduiraient par un accès délirant qui signalerait ainsi d'une façon précoce le développement du processus morbide et empêcherait la période prodromique, habituellement insidieuse, de passer inaperçue. Au Congrès de Grenoble 1902, Doutrebente saisit l'occasion d'insister sur l'importance de l'hérédité, à propos d'une observation de Joffroy et Rabaud.

Il s'agit de deux frères atteints de paralysie générale,

(1) Marche de la paralysie générale progressive chez les héréditaires, *Ann. Med. Psych.*, 1878.

(2) *Thèse*, Paris, 1878.

(3) Raymond et Sérieux, *loc. cit.*

appartenant à une famille de dégénérés, et dont la maladie durait depuis 5 et 11 ans. Ce cas confirme l'opinion qu'il a émise il y a 30 ans, quand le premier en date, il a dit que la forme chronique et rémittente se rencontrait chez les héréditaires vésaniques. Dupré (1) dit que les délires, chez les vésaniques, éclatent parfois à une époque très précoce, au début de la période prodromique ; leur guérison donne alors lieu à une rémission qui peut être fort longue. Aussi, la durée de la paralysie générale a-t-elle été considérée comme plus longue chez les héréditaires que chez les autres. Nous voyons que cette opinion se rapproche de celle de Raymond et Sérieux.

Dans nos observations, sur 11 cas de paralysie chez des héréditaires, nous trouvons 7 fois une durée assez longue. Une fois 3 ans et 3 mois, 4 ans, 5 ans, 5 ans et 2 mois, pour la durée totale, 4 ans et 8 mois 2 fois, et 6 ans et 4 mois cela pour la seule période de maladie confirmée. Bien que ces cas soient trop peu nombreux pour avoir une grande importance, ils semblent plutôt en faveur de l'opinion émise par Doutrebente. La seconde question dont nous ayions à nous occuper, est celle des rémissions. Elles ont été connues de tout temps. Calmeil les signale, Bayle en parlant de malades améliorés, dit qu'ils jouissent de la raison, mais leurs facultés sont faibles. Baillarger (2), en a fait d'abord une étude au point de vue médico-légal. Puis Sauze (3) les a dé-

(1) Dupré, *loc. cit.*
(2) *Union médicale*, 1855.
(3) *Annales méd. psych.*, 1858.

crites en détail. La durée des rémissions, dit-il, est très variable ; bornée quelquefois à un ou plusieurs mois, on la voit dans d'autres circonstances se prolonger durant des année entières.

Marcé pense que les rémissions sont surtout fréquentes dans la forme maniaque et expansive. Linas (1) dit également qu'elles y sont très fréquentes, elles peuvent durer plusieurs mois et même plusieurs années et en imposer pour une guérison à des yeux inexpérimentés.

C'est encore l'avis de Baillarger qui en faisait même la guérison de l'accès maniaque qu'il appelait folie congestive.

Doutrebente (2). après une étude très détaillée conclut ainsi : les rémissions sont fréquentes ; elles sont complètes ou incomplètes. Les rémissions incomplètes ont une durée variable ; elles peuvent persister pendant fort longtemps dans la paralysie générale chronique dite parfois, paralysie générale raisonnante : et dans ce cas, nous avons remarqué que le sujet était atteint d'une prédisposition névropathique héréditaire. Enfin si les rémissions complètes de courte durée, ont peu d'importance, il y a lieu de tenir compte de celles qui, par leur durée peuvent être considérées comme de véritables guérisons.

Baillarger (3) considérant les rapports des rémissions

(1) *Traité des maladies mentales*.

(2) *Ann. méd. psych.*, 1878.

(3) Des rémissions et de la démence dans certains cas de paralysie générale, 1879.

et de la démence, dit que la mélancolie avec stupeur paralytique ou simplement la stupeur paralytique, peuvent simuler une démence avancée et être suivies de rémissions remarquables.

Les symptômes de démence pouvant n'être qu'une pseudo-démence, dans la démence paralytique simple, à marche lente et progressive, il n'y a pas de rémissions véritables. Dans sa thèse, J. Larroque (1) dit que les rémissions s'observent principalement dans les formes expansives et au début. Elles durent en général de 6 mois à un an, quelquefois 2 ou 3 ans. Les rémissions sont plus fréquentes chez les héréditaires. On les voit surtout dans la paralysie générale à double forme dont elles reculent le terme fatal. Chez les femmes qui présentent souvent les formes dépressives, les rémissions sont plus rares. L'influence des rémissions est signalée par Vallon, au Congrès de Nancy (1896).

La longue durée de la paralysie générale est due à leur présence. La marche, au lieu d'être progressive, présente des périodes pendant lesquelles la plupart des symptômes s'atténuent. D'autres fois la maladie, sans s'amender, à proprement parler, s'arrête, se cristallise pendant des années. Ces arrêts surviennent généralement dans la deuxième période.

Il cite plusieurs de ses malades arrêtés ainsi depuis plusieurs années, dont un depuis dix ans. Saint-Maurice (2) fait remarquer que la paralysie générale qui est

(1) Des rémissions dans le cours de la paralysie générale, *Thèse*, 1886.
(2) De la paralysie générale juvénile. *Th.*, de Paris, 1896.

le plus souvent chez l'adulte, entrecoupée de rémissions, évolue chez l'adolescent d'une façon absolument progressive. Crété (1) dit que les rémissions vraies sont rares chez la femme, 5 fois sur 55 cas. Il cite une observation de rémission de 3 ans et demi et une observation de paralysie générale ayant duré 18 ans. Enfin, à propos de la paralysie générale juvénile, Hirschl (2) dit qu'elle dure relativement longtemps mais sans rémissions passagères. Dans tous les traités on trouve reproduites les opinions que nous venons de rapporter.

Nous n'insisterons donc pas. Nos observations montrent quelques cas de rémissions, mais aucune de bien longue durée. Cependant, nous voyons tous les jours un malade qui, après avoir présenté des symptômes de paralysie générale bien nets est maintenant dans un de ces moments d'arrêt signalés par Vallon, depuis 7 ans, sans que la maladie semble faire aucun progrès. Il nous reste à dire un mot des guérisons.

De nombreux exemples en ont été fournis. Pour n'en citer que quelques-uns, nous trouvons des observations rapportées par Bayle, Esquirol, Lunier, Delasiauve, Morel, Foville, Marcé, Falret, Baillarger, Doutrebente et plus récemment par Magnan et Sérieux, Mairet, etc. Aussi, bien que ce soit là un cas exceptionnel, on admet généralement que la paralysie générale est susceptible de guérison. Cependant, certains auteurs nient le fait, ou plutôt l'expliquent en disant que dans ces cas, on était en présence de pseudo-paralysies générales.

(1) *Th.*, de Paris, 1899.
(2) *Paralysie générale juvénile*, Wien. Klin. Woch., 1901.

Bien que nous n'ayons jamais constaté de guérison, avec la majorité, nous en admettrons la possibilité à titre tout à fait exceptionnel.

Nous venons de voir l'influence de l'hérédité et des rémissions sur les paralysies à longue durée, nous allons maintenant dire quelques mots de la question au point de vue général. Les cas où la maladie a eu une durée très longue, tout en étant assez rares, sont mentionnés par tous les auteurs. Nous trouvons dans la thèse de Delaye des cas ayant duré 10, 15 ans. Bayle, Calmeil en ont cité des exemples. Baillarger parle de malades atteints de paralysie générale qui étaient à Charenton depuis plus de 10 ans. Foville dit que parfois l'état du malade peut rester stationnaire pendant de longues années, sans aggravation sensible. La plupart des asiles d'aliénés, dit-il, comptent parmi leurs vétérans quelque paralytique indéfiniment chronique de ce genre. Doutrebente prétend que, grâce aux rémissions, la marche de la maladie peut subir des arrêts de 25 ans et plus encore. Lemaître (1) rapporte des observations qui lui ont été communiquées par J. Falret, Mottet, Luys, Blanche, Legrand du Saulle, et dont quelques-unes ont une durée de plus de 25 ans.

Un élève de Vallon, O. Ecart (2), publie 11 observations ayant duré de 7 à 14 ans. La longue durée, dit-il, ne s'explique ni par l'âge ni par le sexe. Les formes

(1) Considérations sur la paralysie générale de longue durée, *Thèse*, Paris, 1879.

(2) Quelques observations de paralysie générale à longue durée, *Thèse*, Paris, 1896.

tabétiques sont généralement lentes, les formes spasmodiques sont brèves. Le type cérébral pur, sans signes médullaires, est rarement de longue durée. Les formes sans délire sont plus lentes que celles à délire accusé. Les rémissions sont fréquentes dans les cas de paralysie générale à longue durée et c'est le plus souvent sous cette apparence que l'affection évolue lentement. Au congrès de Nancy, en 1896, Lapointe rapporte un cas de maladie ayant duré 14 ans. Il cite à ce propos une opinion qu'il avait émise longtemps avant : « La maladie, parfois, peut aboutir à une pé-« riode stationnaire de démence, et se prolonger ainsi « pendant 10, 15 et même 20 ans. » Charpentier dit que ces formes à longue durée sont moins rares qu'on ne pense et il parle d'un de ses malades qui avait duré 12 ans. Garnier prétend que ces durées de 15 et 20 ans lui paraissent tellement rares qu'il n'y croit pas. Il n'a jamais trouvé un cas authentique remontant à plus de dix ans. Régis met en doute le diagnostic, il ne pense pas que les paralysies générales à longue durée soient si fréquentes, il n'en a jamais vu.

C. — PARALYSIE GÉNÉRALE PRÉCOCE

C'est là une forme relativement récente, Régis le premier la signale en 1883 dans *l'Encéphale*, et fait remarquer la différence qu'elle présente avec les autres dans son évolution. « La paralysie générale, dit-il, a

« d'habitude une marche plus lente et une durée plus « longue ; enfin elle est susceptible d'une guérison plus « ou moins durable. » A partir de ce moment on a commencé à publier des observations et il en existe maintenant un assez grand nombre. Nous en avons relevé quelques unes dont la durée était mentionnée, nous verrons ensuite la conclusion qu'elles comportent.

Régis (1) revenant sur la question en 1885 cite un cas survenu à 17 ans. La maladie évolua en 4 ans, 2 ans 1/2 pour la période prodromique, 1 an 1/2 pour la période de maladie confirmée. J. Wiglesworth (2) rapporte huit cas, trois observations personnelles, une, empruntée à Clouston, une à Turnbull, et une à Charcot et Dutil. Chez les sujets âgés de 12 à 16 ans, la durée a été en général d'une longueur anormale, de 4 ans et 1/2, en moyenne. La durée semble également plus longue à J. Middlemass (3). Chez quatre malades de 14 à 16 ans, il a eu une moyenne de cinq années. Bressler (4) reçoit un enfant malade depuis quatorze mois, qui meurt six mois après. Ce qui fait une durée de vingt mois seulement. L. Dunn (5) a vu une fillette de 9 ans et 9 mois, malade depuis cinq mois, mourir après seize mois.

O. Muller (6) a observé dans un cas, une inégalité pupillaire à 2 ans et les premiers troubles mentaux à 9.

(1) *Encéphale*, 1885
(2) *The Journal of ment. sc.* 1893.
(3) J. Middlemass, *Journal of. ment. science*, 1894.
(4) *Neurologisches centralblatt*, 1895.
(5) *Journ. of. ment. sc.*, 1895.
(6) *Allg. zeits. f. psych.*, juin 1898.

La mort est survenue à 17, c'est-à-dire 15 ans après le premier accident. La période prodromique a duré ici sept années.

Dans un important travail, Alzeimer (1) dit que la durée moyenne dans 23 cas a été de 4 ans et demi. Dans 5 cas, elle a duré plus de 7 ans. Carl Rad (2), dans une observation, a vu la maladie ayant débuté à 15 ans, durer 5 ans.

En 1898, Mingazzini (Rome) a vu mourir à 21 ans, un jeune homme atteint de paralysie générale depuis l'âge de 16 ans. Regis et Saporito (3) trouvent une durée de 11 mois chez un jeune homme de 19 ans. La maladie a duré 6 ans chez une fillette observée par J. Thomson et Welsch (4). Une malade de Dees (Gabersee) devient démente à l'âge de 11 ans et meurt 6 ans après. Toulouse et Marchand, en 1880, publient un cas de paralysie générale ayant simulé l'idiotie, où la maladie ayant débuté à 10 ans a eu une durée de 5 ans.

Dans un cas observé par le docteur Helen Boyle (5), chez une jeune fille, la maladie commence à 15 et se termine par la mort 5 ans après. Raymond (6) rapporte l'observation d'une fillette atteinte de paralysie générale à 9 ans et morte à 12 ans de broncho-pneumonie tuberculeuse. W. L. Worcester (7) cite 3 cas de paralysie

(1) *Allg. Zeits.f. psych.*, 1897.
(2) *Arch. f. psych.*
(3) *Ann. med. psych.*, 1898.
(4) *Psychiatrische Wosch.* 1899.
(5) *Journ. of. Ment. Sc.*, 1899.
(6) *Semaine médicale*, 1900.
(7) *The american journal of insanity*, 1900.

générale chez des femmes jeunes. La première, atteinte à 15 ans, est morte à 19 ans de tuberculose pulmonaire. Chez la seconde la maladie débute à 19 ans et se termine par la mort à 23 ans. La troisième tombe malade à 19 ans et meurt de tuberculose pulmonaire à 21 ans.

Gumpertz (1), Berlin, voit la démence paralytique, survenant chez un garçon de 16 ans, entraîner la mort quatre ans après.

Dans deux observations de Kaplan et Meyer (2), la maladie débute une fois à 6 et se termine à 11 ans, l'autre fois, chez une fille, le début a lieu à 15 ans et la mort à 19. Daniel Brunet (3) rapporte également deux cas : dans l'un, la maladie commence à 12 ans 1/2 et a une durée de huit ans et demi, dans l'autre, on la voit évoluer en vingt-deux mois chez un sujet de 16 ans 1/2. Devay (4) cite une paralysie générale survenue chez un enfant de 15 ans, mort à 20 ans de tuberculose pulmonaire, Enfin, nous terminerons par une observation de Dupré et Pagniez (5) : la malade une débile, fut atteinte de paralysie générale vers 19 ans et mourut à 23 ans.

Il ressort de toutes ces observations que la durée de la paralysie générale est plus longue chez les enfants que chez l'adulte. On peut remarquer aussi que la durée n'est pas aussi variable, elle est beaucoup plus régulière. Si nous trouvons quelquefois de grandes diffé-

(1) *Arch. f. psych.*, 1900.
(2) Kaplan et Meyer. Soc. de psych., Berlin, 1900.
(3) Soc. méd. psych., 1900.
(4) Congrès de Limoges, 1901.
(5) Congrès de Grenoble, 1902.

rences, onze mois dans un cas, quinze ans dans un autre, c'est là une exception. Dans la très grande majorité des cas, la durée oscille autour de cinq années.

D. — PARALYSIE GÉNÉRALE CHEZ LA FEMME

La maladie affecte-t-elle une marche spéciale chez la femme? Les premiers observateurs, notamment Calmeil, avaient remarqué qu'elle était plus lente. Cette opinion a depuis été souvent émise et combattue. Sander (1) pense que la paralysie générale a une marche plus lente chez la femme et une période prodromique plus longue. C'est aussi l'opinion de Foville (2) : « D'une « manière générale, dit-il, la marche de la paralysie gé- « nérale est plus souvent lente et retardée chez les fem- « mes que chez les hommes ; chez elles, les phases « aiguës de délire expansif et d'agitation maniaque sont « moins nombreuses et moins longues ; l'ensemble de « la maladie affecte des allures plus modérées et plus « chroniques. » Régis (3) partage cet avis. Les progrès du mal, dit-il, sont à peine sensibles d'un jour à l'autre, ce qui tient non seulement chez elle à l'effacement des symptômes mais aussi à la rareté des complications, accès maniaques et accès congestifs qui, dans le sexe masculin, précipitent l'allure et amènent une termi-

(1) *Clinique médicale de Berlin*, 1871.
(2) *Dict. de méd. et chir. prat.*, art. « Paralysie générale », 1878.
(3) *La paralysie générale chez la femme*, 1882.

naison assez souvent fatale. La femme tombe rapidement dans la période gâteuse et s'arrête dans cet état de déchéance tranquille qui semble ne devoir jamais finir. C'est à la persistance de cet état spécial, à cet arrêt de la maladie plutôt qu'à une rémission vraie, qu'il attribue la marche lente et la longue durée que présente la maladie. Alors que chez l'homme la maladie dure de deux à trois ans, chez la femme elle va jusqu'à trois et quatre ans.

Christian et Ritti (1) semblent ne pas se ranger à cet avis.

Ce qu'ils ont constaté à Charenton ne confirme pas cette manière de voir. Il est vrai, ajoutent-ils, que nos observations sont en trop petit nombre pour nous permettre de conclure à l'encontre de l'opinion généralement admise. Siemerling (2) examinant la durée pour 101 cas de mort trouve 1 an 4/10 en ce qui concerne le séjour à l'asile, deux ans et demi en ce qui a trait à la maladie tout entière. Mœli est surpris de la courte durée de la maladie indiquée par Siemerling. Wollenberg (3), dans une statistique de paralysie générale chez la femme trouve une durée moyenne de deux ans. Une autre statistique de Th. Kaës (4), donne comme durée moyenne, depuis les débuts jusqu'à la mort, chez l'homme 34 mois 05, chez la femme 21 mois 05. La durée serait donc pour lui supérieure chez l'homme.

(1) *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1885.
(2) Soc. de Psych. de Berlin, 1888.
(3) *Arch. f. psych.*, XXVI, 2.
(4) *Allg. Zeits f. psych.* LI, 1.

Après l'examen de 524 cas de paralysie générale (418 hommes et 106 femmes) admis pendant 20 ans à l'asile de Munich, Heilbronner (1) arrive à un résultat opposé. La durée moyenne est de 2 ans, 7 mois et 3 semaines chez les hommes, 2 ans et 11 mois chez les femmes. Quoi qu'il en soit, l'opinion la plus générale est celle admise par Régis et qu'on retrouve dans tous les traités. Nous admettons donc que la maladie affecte le plus souvent chez la femme une forme à démence tranquille, dont la marche est lente et la durée relativement longue.

E. — Formes de la paralysie générale

La durée de la maladie varie essentiellement suivant la forme qu'on observe. Nous allons examiner séparément les paralysies générales délirante, démentielle et spinale.

Forme délirante. — Le délire expansif est le plus fréquent, à tel point que Bayle le considérait comme spécial à la paralysie générale, mais d'autres fois, plus rarement, on rencontre un délire triste qui caractérise la formé dépressive de la maladie. Au point de vue de la durée, ils ont à peu près la même action sur la marche de l'affection. Dans les deux cas, on peut rencontrer des paralysies générales à marche rapide. Lorsque le délire expansif prend une extension telle qu'il se transforme

(1) *Allg. Zeits. f. psych.* LI. 1.

en agitation violente et incessante (manie suraiguë de Régis, forme agitée de Rogues de Fursac), le malade est souvent enlevé très rapidement en quelques mois ou même en quelques semaines.

Il en est de même des paralytiques généraux chez lesquels le délire mélancolique s'accompagne d'idées de négation, d'idées hypocondriaques et de refus des aliments. On voit alors le malade dépérir, se cachectiser et être emporté très vite. Quelquefois, cette évolution fâcheuse est modifiée : l'agitation diminue, le délire triste s'atténue, l'état du malade s'améliore et la paralysie générale suit son cours.

Dans la plupart des cas, cette forme, lorsqu'elle évolue normalement, a une durée qui se rapproche sensiblement de la moyenne tout en restant, le plus souvent, au-dessous. On n'y trouve pour ainsi dire jamais de longue durée. C'est là ce qui résulte de nos observations.

Enfin, on peut trouver les deux délires réunis chez le même malade. Cette forme, appelée paralysie générale alternante, folie paralytique circulaire, paralysie générale à double forme, semble, d'après certains auteurs, avoir une durée plus longue que les autres ; les rémissions y seraient aussi plus fréquentes.

C'est l'avis de Régis (1) : la durée, dans ce cas, peut, dit-il, devenir beaucoup plus longue et s'étendre à un espace de sept, huit et même dix ans et plus.

Christian et Ritti (2) disent que de nouvelles obser-

(1) Régis. *Loc. cit.*
(2) Christian et Ritti. *Loc. cit.*

vations sont nécessaires pour arriver à une conclusion définitive. Une semblable évolution serait surtout fréquente chez les héréditaires. Les rémissions et les ictus s'observent assez fréquemment dans cette forme délirante.

Forme démentielle. — La démence peut exister dans la maladie à des degrés très divers, depuis les simples troubles de mémoire avec optimisme morbide, insouciance, qui caractérisent la paralysie générale sans délire, jusqu'à la démence la plus profonde.

On s'accorde, en général, à reconnaître à cette forme une durée plus longue. « Elle a, dit Cullerre (1), une « évolution lente mais continue ; elle n'offre pas de ré- « missions ; les complications y sont moins fréquentes « que dans les autres formes et sa durée peut être plus « longue. Elle est plus commune chez les femmes que « chez les hommes. »

Christian et Ritti (2) pensent également qu'elle est plus longue et qu'en l'absence de complications elle met de trois à cinq ans à parcourir ses périodes. Pour eux, elle présente aussi très rarement des rémissions.

Dagonet (3) fait quelques réserves : « On a prétendu, « dit-il, sans que l'expérience paraisse justifier cette « cette assertion, que la paralysie générale, lorsqu'elle « se caractérisait par des idées délirantes avait une « marche plus rapide que celle qui s'accompagnait de « démence simple. »

(1) Cullerre. *Loc. cit.*
(2) Christian et Ritti *Loc. cit.*
(3) Dagonet, *Loc. cit.*

Pour Krafft-Ebing (1), elle est plus lente que la forme classique.

Raymond et Sérieux (2) admettent aussi qu'elle peut avoir une durée relativement longue qui peut aller jusqu'à 5, 8 et même 10 ans.

Rogues de Fursac (3) diffère un peu d'opinion, pour lui l'évolution est assez rapide et ne permet guère de rémissions.

Nos observations sont plutôt en faveur de la longue durée, surtout quand la démence est survenue de bonne heure puisque sur neuf cas de paralysie générale à démence rapide, nous trouvons les chiffres de 6 ans et 4 mois, 6 ans et 5 mois, 9 ans, 10 ans et 10 mois.

Cette forme est fréquente chez la femme, c'est d'ailleurs la principale raison pour laquelle la maladie évolue plus lentement chez celle-ci que chez l'homme.

Les rémissions sont très rares et les ictus peu fréquents.

Forme spinale. — Elle comprend 2 variétés : la paralysie générale tabétique et la paralysie générale spasmodique. La première surtout est remarquablement longue, mais surtout par sa période prodromique. Une fois la maladie confirmée elle évolue assez rapidement.

La phrase suivante empruuntée à M. Arnaud (4) exprime bien notre opinion : « La durée de la paralysie

(1) Krafft-Ebing. *Loc. cit.*

(2) Raymond et Sérieux. *Loc. cit.*

(3) Rogues de Fursac. *Loc. cit.*

(4) *Diagnostic de la paralysie générale.* Congrès de Toulouse, 1897.

« générale tabétique est presque toujours très longue, « 7 ans, 8 ans. 10 ans, 15 ans, 23 ans dans un cas de « Baillarger. Mais cette durée tient à la longueur de la « période tabétique, de beaucoup supérieure à la lon- « gueur de la paralysie générale. Quand celle-ci est con- « firmée, la maladie se termine souvent en quelques mois « (J. Falret). Dans les cas que j'ai observés, sa durée a « varié de 6 à 18 mois. » Comparée dans sa durée to- tale, à la seconde variété, la première est plus longue. R. S. Stewart (1) a fait des recherches sur 317 cas de paralysie générale parmi lesquels 85 p. 100 apparte- naient à la forme spasmodique et 15 p. 100 à la forme tabétique. Dans la première, la durée moyenne de la maladie a été de 1 à 2 ans et dans la forme tabétique de 2 à 3 ans.

La variété spasmodique est une des variétés termi- nales de la paralysie générale. La raideur et les contrac- tures rendent les mouvements difficiles puis impossi- bles et obligent le malade à garder le lit quelquefois pendant longtemps. Cette forme est remarquable par la fréquence des ictus. Malgré cela elle peut avoir une assez longue durée. C'est le moment de faire remarquer que les ictus n'ont pas une valeur pronostique aussi fâcheuse qu'on l'a dit souvent. Nous avons observé quelques cas assez significatifs à cet égard, où les ictus ont été fréquents et graves sans que la durée soit courte, au contraire.

Un malade a eu 10 ictus dont 2 très graves, la mala-

(1) *Journ. of. ment. sc.*, 1895.

die a duré 4 ans et 8 mois pour la seule période de maladie confirmée, chez les autres nous trouvons : 7 ictus dont 1 très violent et plusieurs ictus avant l'entrée, durée de la maladie confirmée : 6 ans et 5 mois ; 3 ictus dont 1 très grave (3 jours et 40°) durée totale 10 ans et 10 mois ; 6 ictus, maladie confirmée 6 ans 4 mois ; 8 ictus, maladie confirmée 4 ans et 6 mois ; plusieurs ictus dans le même mois, nombreux ictus avant la mort, durée totale : 6 ans 4 mois ; 1 ictus ayant l'entrée, 3 séries d'ictus ayant duré plusieurs jours, durée totale : 5 ans. Nous ne voulons pas prouver par ces observations que les ictus n'aient pas d'influence fâcheuse sur la marche de la maladie ; nous reconnaissons au contraire qu'ils l'abrègent et que le malade, après chaque ictus, retombe en général un peu plus bas. Ce que nous voulons dire, c'est que si le malade vit moins qu'il n'aurait vécu, il ne s'ensuit pas qu'il doive vivre peu. La maladie est plus courte qu'elle n'aurait été, mais elle peut encore être assez longue ainsi que nous l'avons montré. Parce qu'un malade a des ictus même fréquents et graves, on n'est pas autorisé à prédire à la maladie une évolution rapide et une fin prochaine. Ce qu'on peut dire, c'est que le plus souvent les paralytiques généraux meurent d'un ictus, alors que la résistance de leur organisme leur aurait permis de vivre encore longtemps. Cela est vrai surtout pour ceux qui succombent dans un état de santé relativement satisfaisant et qui *meurent debout*. M. Arnaud a montré que ces cas étaient nombreux, près de la moitié des malades en effet meurent non alités et libres de leurs mouvements.

F. — APERÇU GÉNÉRAL

Pour terminer, nous citerons quelques opinions émises dans ces dernières années au sujet de la durée de la paralysie générale envisagée dans son ensemble.

L'opinion courante des asiles, dit Foville (1), porte aujourd'hui la durée à une moyenne de trois ans. Pour Chrichton-Browne, elle est de quatre ans. Talon (2) a trouvé comme durée moyenne à partir du jour de séquestration douze mois chez l'homme, dix-huit mois chez la femme. Dans quatre-vingt-dix observations de G. R. Trowbridge (3), la plus longue durée pour le séjour à l'asile est de sept ans, la plus courte de huit jours. Raphaël Roscioli (4) donne une moyenne prise sur 125 sujets dont 16 femmes. Elle a été de deux ans. Le plus souvent, dit Dagonet, sa marche est lentement progressive, sa durée de 2 à 3 ans.

Pour Krafft-Ebing, la durée moyenne est de 3 années. Thomsen (5) (Bonn) dit que la durée de la paralysie générale est souvent beaucoup plus longue qu'on ne le croit : une durée de 5, 7, 10 ans, n'est pas une rareté.

La durée de l'ensemble des trois périodes, dit Régis, est en moyenne de 2 à 3 ans chez l'homme, de 3 à 4 ans chez la femme. Th. Kaës (6) exprime l'opinion

(1) Foville, *Loc. cit.*
(2) Talon. *Th.*, Montpellier, 1883.
(3) *The alienist and neurologist*, 1891.
(4) *La paralysie générale dans l'Italie du Sud*, 1891.
(5) Congrès de Bruxelles, 1897.
(6) *Allg. Zeits. f. psych.* LI, 1.

suivante : durée moyenne depuis les premiers débuts jusqu'à la mort : chez l'homme, 34 mois, 05, chez la femme 21 mois, 0.5. Durée moyenne du traitement à l'asile : hommes, 18 mois, 6 ; femmes, 14 mois ; 3. Il donne même la durée totale de la paralysie générale syphilitique, depuis l'époque de l'infection syphilitique jusqu'à la mort, elle a été de 16 ans, 5 pour l'homme, 21 ans, 6 pour la femme.

K. Heilbronner (1) publie une étude statistique de 524 cas de paralysie générale (418 hommes et 106 femmes) admis pendant 20 ans à l'asile de Munich.

Les attaques congestives ont tué 201 hommes et 54 femmes. Durée moyenne : 2 ans, 7 mois et 3 semaines chez les hommes, 2 ans et 11 mois chez les femmes. Les complications ont tué 217 hommes et 52 femmes ; et alors la durée moyenne a été de 2 ans 5 mois et 1 semaine chez les hommes, de 3 ans et 1 mois chez les femmes. Rogues de Fursac (2) dit que la durée moyenne de la maladie est d'environ 2 à 3 ans.

Nos observations nous ont donné les chiffres suivants :

1° Dans 39 observations où la période de maladie confirmée seule a été notée, les malades ont vécu :

Moins d'un an	14 fois
1 à 2 ans	5
2 à 3	7
3 à 4	4

(1) *Allg. Zeits. f. psych.*, LI, 1.
(2) Rogues de Fursac. *Loc. cit.*

4 à 5 ans	6 fois
5 à 6	»
6 à 7	2
7 à 8	»
9	1

2° Dans 24 observations où la durée totale de la maladie a été relevée, les malades ont vécu :

Moins d'un an	1 fois
1 à 2 ans	3
2 à 3	3
3 à 4	5
4 à 5	5
5 à 6	2
6 à 7	1
7 à 8	1
10 ans et 5 mois	1
10 ans et 6 mois	1
10 ans et 10 mois	1

La période de maladie confirmée prise dans les 63 cas nous donne une durée moyenne de 2 ans 1 mois.

Les 24 observations complètes nous donnent comme moyenne pour la période prodromique 2 ans et 8 mois. La durée totale de la maladie a été en moyenne de 4 ans et 4 mois.

G. — Influence du traitement sur la durée de la paralysie générale

La paralysie générale est une maladie chronique, à marche lente, mais progressive, et qui une fois con-

firmée, doit être considérée comme incurable. Malgré cette conception, qui est celle de la majorité des cliniciens, le médecin doit songer à une intervention, quand il se trouve en présence d'une affection aussi grave, et loin de désarmer, son devoir est de tenter le traitement, qui pourra dans bien des cas retarder la terminaison fatale. Nous allons examiner rapidement dans ce chapitre, l'influence que peut exercer le traitement hygiénique et médicamenteux sur l'évolution de la paralysie générale.

1° Traitement hygiénique.

L'hygiène du paralytique général comporte deux indications : l'une morale, l'autre physique.

La paralysie générale permet rarement au malade de vivre dans le monde, c'est-à-dire chez lui, en liberté. L'agitation, le délire, obligent en effet le plus souvent les familles à isoler les malades dans des asiles spéciaux, pour les mettre non seulement dans l'impossibilité de commettre des actes délictueux et compromettants, mais encore pour les soustraire à toutes les causes d'excitation auxquelles ils sont forcément exposés.

Nous sommes d'avis que les voyages, le séjour sur les bords de la mer sont autant de causes d'excitation sans cesse renouvelées. Nous en avons la preuve tous les jours. Aussi nous n'hésitons pas à affirmer que l'isolement et l'internement précoces dans une maison de santé, capables de procurer au malade le repos cérébral, le calme absolu, tout en l'entourant d'une surveillance attentive et continue, peuvent dans bien des cas

le faire bénéficier, des rémissions, qui contribuent à augmenter par leur prolongation la durée de la maladie. L'hygiène corporelle commande le repos, la suppression de toute cause d'excitation et de fatigue, la surveillance de l'alimentation, etc. Il faut en effet aux paralytiques une alimentation tonique et réparatrice, d'une digestion facile. Cette alimentation doit aussi être très régulière, et quand on se heurte à un refus plus ou moins obstiné des aliments, causé soit par de l'excitation, soit par de la répression mélancolique, il ne faut pas hésiter à avoir recours à l'alimentation artificielle. L'abstinence du vin, de l'alcool, en un mot de tous les excitants s'impose. Il ne faut pas oublier également qu'à une période avancée de la maladie, les malades mangent mal, laissent les aliments s'accumuler dans leur bouche, ce qui est quelquefois une cause d'asphyxie :

C'est encore par l'observance des règles de l'hygiène qu'on évitera le plus souvent les complications graves qui peuvent se présenter à toutes les périodes de la maladie. Il faut éviter la constipation avec grand soin et pour cela avoir recours aux purgatifs, laxatifs, lavements. Enfin, si malgré les soins préventifs, les ictus apoplectiques ou épileptiformes viennent à se produire, il faut recourir à un traitement efficace ; les lavements purgatifs, les applications de sangsues aux mastoïdes et de sinapismes aux membres inférieurs constituent le traitement classique. Autrefois, les médecins partisans de la nature inflammatoire de la maladie n'hésitaient pas à appliquer le traitement antiphlogistique, persuadés

qu'ils pouvaient ainsi arrêter le mal dans son évolution.

Cette méthode a vécu et nous sommes bien persuadé que la durée moyenne de la paralysie générale a augmenté, depuis que l'on a renoncé aux émissions sanguines, à l'emploi de révulsifs, tels que sétons à la nuque, moxas, cautérisation, etc.

Baillarger et bien des cliniciens avaient cru remarquer une amélioration, voire même des rémissions chez des paralytiques généraux à la suite d'infections graves et de suppurations étendues, telles que furoncles, érysipèle, phlegmons diffus, anthrax, etc. On y voyait des exemples de dérivation métastatique. Nous venons de dire les résultats peu satisfaisants obtenus par l'emploi des révulsifs, et nous sommes persuadé qu'ils ne contribuaient qu'à abréger la durée de la maladie.

C'est enfin à la période de démence que ces malades doivent être l'objet d'une manière continue, de soins hygiéniques et palliatifs. L'examen attentif de la vie et un cathétérisme aseptique, si le besoin s'en fait sentir, permettra d'éviter l'infection urinaire. En veillant à la propreté des malades, en ayant soin de les lever tous les jours, de les changer de position et de les faire reposer sur des coussins d'air en cas d'alitement, enfin en appliquant à toute excoriation, dès le début, un traitement à la fois antiseptique et tonique, on aura de grandes chances de prévenir et de combattre les conséquences du gâtisme, c'est-à-dire les eschares du décubitus et les infections cutanées. Nous avons pu croire, en effet, que ces complications regrettables sont d'autant plus rares que l'hygiène des paralytiques est plus surveillée.

Nous n'hésitons pas à dire, avec notre maître M. Arnaud, que dans un asile bien tenu, ces accidents ne doivent se produire qu'exceptionnellement, puisque des soins bien entendus préviennent et guérissent et mettent par conséquent les malades à l'abri de tout danger sérieux.

Cet aperçu rapide sur le traitement hygiénique nous permet donc d'affirmer que sous l'influence des soins et d'un milieu approprié, l'évolution de la paralysie générale est certainement prolongée et on obtient parfois des rémissions plus ou moins complètes, qu'on a pu dans certains cas, prendre pour de véritables guérisons.

Mais en cas de rémission, il faut bien se garder de conseiller au paralytique de reprendre ses affaires, ses travaux habituels, car il doit vivre désormais à l'abri de toute occupation fatigante et loin de toute cause d'excès. Sa force de résistance étant très amoindrie, un choc même léger pourrait amener facilement une rechute et précipiter la marche de la maladie.

2° *Traitement médicamenteux.* — Le traitement médicamenteux varie suivant les conceptions des auteurs sur la nature du processus morbide. On a employé tour à tour l'ergotine, la digitale, l'iodure, le bromure de potassium, l'opium, etc. Mais l'observation clinique n'a pas tardé à démontrer leur impuissance à modifier l'évolution de la maladie.

Il n'y a pas, en effet, de médicament spécifique de la paralysie générale et tous les médicaments employés

jusqu'à ce jour répondaient simplement à des indications symptomatiques.

La doctrine étiologique de l'origine syphilitique de la paralysie générale, qui semble de plus en plus admise, a cependant donné naissance, dans ces dernières années, à une nouvelle méthode de traitement de la maladie, nous voulons parler du traitement antisyphilitique.

Depuis longtemps déjà, en traitant les paralytiques généraux par des frictions mercurielles, des injections de calomel ou d'autres sels de mercure à faibles doses sans avoir jamais obtenu un seul succès. On eut alors l'idée de faire un traitement intensif.

Au mois d'avril 1902, au Congrès de médecine française de Toulouse, plusieurs communications furent faites tendant à démontrer que la paralysie générale était plus sensible qu'on ne le croyait au traitement mercuriel, à la condition qu'il fût intensif. A la suite de la discussion que souleva cette question. Gilbert Ballet demanda qu'on ne se contentât pas d'énoncer des résultats, mais que chacun apportât des observations aussi complètes que possible, pour permettre de juger les conditions où le traitement avait agi.

A. Mairet (1) croit à la curabilité de la paralysie générale et cite des cas de rémission de six et dix ans. Il croit même à l'influence du traitement sur le processus de guérison.

G. Lemoine, de Lille (2), publiait récemment les résul-

(1) *Traité de thérapeutique de A. Robin*, 1898.
(2) *Revue Neurologique*, 30 juillet 1902,

tats obtenus par le traitement mercuriel intensif appliqué à la paralysie générale. Chez six malades traités, il a obtenu une amélioration très nette et dans deux autres cas, le traitement paraît avoir interrompu la marche de la maladie et fait rétrocéder quelques-uns des symptômes. Il ajoute, par contre, que depuis 1896, il a traité par la même méthode pas mal d'autres malades atteints de paralysie générale, sans avoir obtenu chez eux la moindre amélioration. Les chances de réussite du traitement seraient pour lui d'autant plus grandes que l'on a affaire à des malades plus jeunes.

Devay (1) de Lyon a soumis également au traitement spécifique mixte intensif, depuis 1896, 90 cas de paralysie générale. Il expose les résultats de cette méthode thérapeutique systématique dans 21 cas qui ont subi une modification, une amélioration ou une rémission : Leredde (2) prétend que le traitement antisyphilitique dans la paralysie générale est toujours fait d'une manière insuffisante. Il faudrait, pour juger des effets réels de ce traitement, s'adresser aux cas initiaux et les traiter avec une énergie considérable, et pendant un temps considérable. Si les malades ne guérissent pas à l'heure actuelle par le traitement mercuriel, c'est peut-être, dit-il, parce que ce traitement n'est simplement pas fait, ou bien quand il est fait, il est soit mal fait, soit fait à une période beaucoup trop tardive de la maladie. Dans une nouvelle communication (3), Leredde croit

(1) Congrès de Grenoble (août 1902).
(2) *Progrès médical* (avril 1902).
(3) Société de neurologie (juillet 1902).

que la paralysie générale est curable par le mercure à doses suffisantes.

Marie ne peut, sans protester, laisser passer cette affirmation de Leredde que si les paralytiques généraux ne guérissent pas après un traitement antisyphilitique, c'est que ce traitement n'a pas été assez énergique ou assez prolongé. Il cite des cas où le traitement mercuriel non seulement n'a pas amené la guérison, mais a produit une aggravation manifeste. Vouloir persister dans ces cas, c'est aller au devant des plus sérieux accidents. C'est à cette même séance, que le professeur Raymond, après avoir résumé la médication préconisée par le docteur Spengler, de Davas, dans le traitement de la paralysie générale, ajoutait qu'il communiquerait prochainement quelques faits de paralysie générale et de tabès, observés dans la clientèle privée et en voie de guérison. « Je suis l'un d'eux depuis plus de deux années maintenant, disait-il, mais on ne saurait être trop circonspect en pareil cas. Voilà pourquoi j'attends encore pour vous les faire connaître. »

Marchand (1) a essayé, avec des résultats encourageants l'injection intrarachidienne, au lieu d'élection de la ponction lombaire, de 2 milligrammes de biodure de Hg et de 2 centigrammes d'iodure de KI, toutes les semaines.

D'autres auteurs administrent le cyanure de Hg par la voie intraveineuse. Pour répondre aux brillants résultats obtenus par cette méthode thérapeutique curative

(1) Société Méd.-Psych. (octobre 1902).

de la paralysie générale, les professeurs Joffroy, Ballet, Déjerine, n'ont pas hésité à formuler de sages réserves.

Depuis plus de deux ans, à la maison de santé de Vanves, nous avons soumis le plus grand nombre des paralytiques généraux, syphilitiques avérés ou non, à un traitement mercuriel intensif et prolongé par les injections profondes, pratiquées au lieu d'élection dans la région fessière (biiodure et huile grise). Nous avons employé des doses élevées, en interrompant le traitement par des périodes de repos variables, pour être repris. Nous avons pu, en visitant nos malades chaque matin, apprécier et surveiller avec soin la susceptibilité individuelle et la tolérance de chaque malade. D'une façon générale, nous avons remarqué que peu de paralytiques généraux se montrent intolérants pour le Hg et peu ont des accidents. Mais si nous avons pu en constater l'innocuité, dans la plupart des cas, nous devons aussi reconnaître que deux de nos malades sur 11 traités par cette méthode ont présenté quelques symptômes d'hydrargyrisme subaigu, ayant nécessité la suppression momentanée du traitement.

Nous n'avons pas obtenu de résultats appréciables, pas un seul cas de guérison, et nous ne nous croyons pas autorisé à mettre sur le compte du traitement les améliorations ou rémissions observées chez quelques uns d'entre eux. Telle est notre impression sur ce mode de traitement.

Nous avons constaté d'ailleurs, au point de vue de la durée, des résultats aussi satisfaisants dans des cas où

il n'a été fait d'autre traitement que le traitement hygiénique.

Nous restons donc convaincu avec Dupré (1), qu'en face d'une paralysie générale confirmée, le rôle du médecin consiste à provoquer les rémissions, en cherchant à retarder le cours de la maladie par une bonne hygiène physique et morale; à éviter les complications, en les prévenant et en les traitant, si elles surviennent. Ces moyens hygiéniques et diététiques mis en œuvre dans le traitement de la paralysie générale, pourront en prolonger de beaucoup la durée.

(1) Dupré. *Loc. cit.*

IV. — OBSERVATIONS

Nous publions quelques observations de malades entrés à la Maison de Santé de Vanves et suivis jusqu'à leur mort. Nous en devons la plus grande partie à l'obligeance de notre maître, M. Arnaud, les autres sont personnelles.

Nous les avons divisées en deux groupes. Le premier comprend les observations de malades sur lesquels nous n'avons pas pu obtenir de renseignements suffisants pour évaluer la durée de la période prodromique. Nous ne considérons chez eux que la période de maladie confirmée.

Le second groupe renferme des observations complètes, depuis les premiers symptômes remarqués par l'entourage, jusqu'à la mort.

Etant donné le nombre de nos observations, et le point de vue auquel nous nous plaçons, nous les avons abrégées beaucoup. La clinique n'étant ici que secondaire, nous avons passé rapidement sur les symptômes de la maladie, cherchant au contraire à mettre en relief les points qui nous intéressent : variétés, durée, antécédents héréditaires, ictus, rémissions, etc...

PREMIER GROUPE

Observation I (Arnaud).

Paralysie générale dépressive. Démence rapide.

S..., 48 ans.

Maladie confirmée : 2 ans et demi.

Entre en mars 1889. Dépression au début, bientôt démence avec optimisme et mutisme presque absolu. Plusieurs poussées congestives. Affaiblissement progressif. Mort en octobre 1891.

Observation II (Arnaud).

Paralysie générale dépressive.

L.... 56 ans.

Maladie confirmée : 10 mois.

Entre en avril 1889. Idées de négation. Ictus gauches en avril et juillet 1889. Mort par ictus en janvier 1890.

Observation III (Arnaud).

Paralysie générale expansive.

S..., 43 ans.

Maladie confirmée : 3 mois.

Antécédents héréditaires : Un frère aliéné.

Entre en juin 1889. Démence profonde, turbulence, agitation. En juillet 1889, plusieurs ictus. Mort par ictus en septembre 1889.

Observation IV (Arnaud).

Paralysie générale expansive.

C..., 45 ans.

Maladie confirmée : 2 ans.

Entre en janvier 1892. Turbulence, agitation, cris. Mort en janvier 1894.

Observation V (Arnaud).

Paralysie générale expansive. Demence rapide.

M..., 40 ans.

Maladie confirmée : 41 jours.

Entre le 3 avril 1890. Démence rapide. Léger ictus épileptiforme le 24 avril. Mort par ictus le 14 mai 1890.

Observation VI (Arnaud).

Paralysie générale dépressive.

Mlle D..., 44 ans.

Maladie confirmee : 48 jours.

Entre le 30 mai 1897. Stupeur, inertie, quelques idées de négation. Gâtisme permanent. Salivation avec rétention. Ictus le 12 juillet. Ictus terminal le 15 juillet.

Observation VII (Arnaud).

Paralysie générale expansive. Démence rapide.

D..., 36 ans.

Maladie confirmée : 2 ans.

Entre en mai 1889. Délire ambitieux et absurde. Violente

agitation qui a duré avec une intensité variable mais sans réelle intermission. jusqu'à la mort. Trois ou quatre ictus très légers Vers la fin, répétait toujours les mêmes mots. Pendant plus d'un an, violent grincement de dents. Mort par ictus en mai 1891.

Observation VIII (Arnaud).

Paralysie générale expansive.

C..., 40 ans.

Maladie confirmée : 4 ans et 8 mois.

Antécédents héréditaires : Père mort paralytique général. Entre en septembre 1889. Délire ambitieux et absurde très développé. Pendant 4 mois environ, violente agitation avec gâtisme. Affaiblissement physique et démence. En février 1890, ictus grave guéri en 15 jours. Puis rémission de 21 mois avec persistance de l'affaiblissement et de quelques idées délirantes dissimulées. Deuxième ictus très grave en novembre 1891 et retour des troubles apparents. De juin 1892 à décembre 1892, vive excitation cérébrale : cris, conversations solitaires, hallucinations probables, terreurs et violences. Cinq légers ictus de janvier à août 1893. Ictus en janvier 1894, en mai avec monoplégie gauche. Mort par ictus en mai 1894.

Observation IX (Arnaud).

Paralysie générale mixte.

P..., 57 ans.

Maladie confirmée : 6 mois.

Entre en octobre 1889. Affaiblissement des facultés. Idée absurdes de vol et de ruine. Plus tard idées de richesse très développées. Faiblesse musculaire. Phases d'agitation. Mort par ictus en mai 1890.

Observation X (Arnaud).

Paralysie générale. Démence rapide.

D..., 33 ans.

Maladie confirmee : 3 ans 9 mois.

Entre en novembre 1889. Courte période d'agitation au début, puis démence rapide. Dès février 1890, optimisme enfantin et calme. Deux ou trois légers ictus. Mort par ictus en août 1893.

Observation XI (Arnaud).

Paralysie générale mixte.

C..., 49 ans.

Maladie confirmée : 2 ans 4 mois.

Entre en novembre 1889. Démence avec alternatives de dépression et d'excitation ; vers la fin, prédominance d'idées de fortune. Raideur musculaire. Exagération des réflexes. Grincement des dents. Mort par ictus en février 1892.

Observation XII (Arnaud).

Paralysie générale circulaire.

I..., 36 ans.

Maladie confirmée : 2 ans et 3 mois.

Entre en août 1900. Phase de dépression mélancolique, puis excitation avec idées ambitieuses et troubles moraux. Deuxième dépression avec idées de suicide et refus des aliments en décembre 1870. Puis excitation avec mégalomanie en septembre 1892. Mort par ictus en novembre 1892.

Observation XIII (Arnaud).

Paralysie générale expansive.

F..., 45 ans.

Maladie confirmée : 1 an.

Entre en août 1890. Idées de grandeur et de négation. Mort en août 1891.

Observation XIV (Arnaud).

Paralysie générale démentielle.

B..., 40 ans.

Maladie confirmée : 3 ans et 2 mois.

Entre en juin 1888. Délire très atténué. Alternatives d'optimisme et de dépression. Ictus en septembre 1889, en avril 1890, en juillet 1890, en mai 1891. Mort en août 1891.

Observation XV (Arnaud)

Paralysie générale expansive.

F.... 45 ans.

Maladie confirmée : 1 an.

Entre en octobre 1888. Très agité. Mort par ictus en septembre 1889.

Observation XVI (Arnaud).

Paralysie générale expansive.

M..., 40 ans.

Maladie confirmée : 1 an et 3 mois.

Entre en décembre 1888. Très agité, très violent. Mort par ictus en mars 1890.

Observation XVII (Arnaud).

Paralysie générale expansive. Démence rapide.

G..., 36 ans.

Maladie confirmée : 6 ans et 5 mois.

Avant l'entrée aurait eu, d'après son médecin, plusieurs ictus.

Entre en octobre 1888. Délire ambitieux et signes physiques. Deux ictus en mars et avril 1889.

Puis rémission incomplète pendant 2 ans.

En avril 1891, léger ictus avec ptosis gauche qui a duré plusieurs semaines. En mai 1891, ictus violent durée 2 heures. Démence augmentée. En janvier 1893, léger ictus, démence complète, affaiblissement physique. Léger ictus en septembre 1894.

Ictus en janvier 1895. Mort par ictus en avril 1895.

Observation XVIII (Arnaud).

Paralysie générale dépressive.

C. F..., 47 ans.

Maladie confirmée : 1 an 8 mois.

Entre en janvier 1889. Idées de négation très développées quelques idées de persécution.

Mutisme volontaire et immobilité. Longue période d'affaiblissement. Mort par ictus en octobre 1890.

Observation XIX (Arnaud).

Paralysie générale expansive. Démence rapide.

F. de B..., 34 ans.

Maladie confirmée : 9 ans.

Entré en juin 1883. Alité depuis avril 1888, n'a plus jamais quitté le lit. Rétractions et atrophie. En avril 1892, léger ictus. Mort en juin 1892.

Observation XX (Arnaud).

Paralysie générale expansive. Démence rapide.

C..., 51 ans.

Maladie confirmée : 4 ans et 4 mois.

Entré en novembre 1886. Démence rapide et affaiblissement musculaire. Mort par ictus en mars 1891.

Observation XXI (Arnaud).

Paralysie générale expansive.

T..., 39 ans.

Maladie confirmée : 1 an et 6 mois.

Entré en août 1889. Très violent et très méchant. Ictus. Meurt en février 1891.

Observation XXII (Arnaud).

Paralysie générale expansive.

B..., 43 ans.

Maladie confirmée : 3 ans et 6 mois

Entré en février 1891. Délire ambitieux très développé. Aucune apparence de rémission. Affaiblissement progressif mental et physique. Mort en septembre 1894.

Observation XXIII (Arnaud).

Paralysie générale expansive.

C..., 37 ans.

Maladie confirmée : 3 ans et 7 mois.

Entré en avril 1891. Délire ambitieux très développé, vive excitation au début. Léger ictus en mai 1891 qui détermine la démence sans apparence de rémission. Idées de négation intermittentes. Etat physique bon. Violent ictus suivi d'état comateux en novembre 1893. Mort.

Observation XXIV (Arnaud).

Paralysie générale expansive. Démence rapide.

R..., 33 ans.

Maladie confirmée : 6 mois.

Entré en juin 1892. Etat démentiel avec délire très réduit. Optimisme habituel avec phases d'hypocondrie et d'agitation.

Observation XXV (Arnaud).

Paralysie générale expansive.

B..., 47 ans.

Maladie confirmée : 7 mois.

Entré en juillet 1892. Dément optimiste et ambitieux à l'entrée. Parole presque incompréhensible. Raideur musculaire

très marquée, tremblement, pas d'affaiblissement véritable Mort par ictus en mars 1893.

Observation XXVI (Arnaud).

Paralysie générale expansive. Démence rapide.

G..., 35 ans.

Maladie confirmée : 4 ans et 6 mois.

Entré en juillet 1894. Rémission incomplète d'octobre 1894 à juin 1895. Très mégalomane. Ictus en août 1896. Deuxième ictus en novembre 1896. Etat spasmodique apparaît en novembre 1896. Troisième ictus en janvier 1897. Marche impossible en février 1897. Quatrième ictus en juin 1897. Cinquième ictus en avril 1898. Sixième ictus en août 1897. Plusieurs ictus en janvier 1899. Mort.

Observation XXVII (Arnaud)

Paralysie générale expansive.

A..., 43 ans.

Maladie confirmée : 6 ans et 4 mois.

Antécédents héréditaires : Père très violent, mère nerveuse, frère très bizarre.

Entré en octobre 1894. Très violente agitation. Cris sauvages. Très mégalomane. Ictus en 1897. Deuxième ictus en mars 1898. Troisième ictus en mars 1899. Quatrième ictus en février 1900. Cinquième ictus en décembre 1900. Sixième ictus en février 1901. Mort.

Observation XXVIII (Arnaud).

Paralysie générale expansive.

K..., 42 ans.

Maladie confirmée : 11 mois.

Entré en novembre 1894. Délire ambitieux. Très mégalomane. Mort en octobre 1895.

Observation XXIX (Arnaud).

Paralysie générale dépressive.

F..., 48 ans.

Maladie confirmée : 4 ans et 8 mois.

Antécédents héréditaires : Frère débile.

Entré en février 1895. Mélange d'idées hypocondriaque, de négation et d'idées de grandeur. Ictus en mai 1899. Ictus terminal en septembre 1899.

Observation XXX (Arnaud).

Paralysie générale expansive. Démence rapide.

S..., 41 ans.

Maladie confirmée : 4 ans et 1 mois.

Entré en septembre 1895. Très mégalomane. Démence rapide. Léger ictus en janvier 1896. Impotence pendant six mois avec contractures. Mort alité en octobre 1899.

Observation XXXI (Arnaud).

Paralysie générale expansive.

A..., 41 ans.

Maladie confirmée : 7 mois.

Antécédents héréditaires : Père mort dément à Bicêtre.

Entré en octobre 1895. Excitation violente, marche rapide. Mort en mai 1896.

Observation XXXII (Arnaud).

Paralysie générale dépressive.

J..., 49 ans.

Maladie confirmée : 1 mois.

Entré en février 1896. Idées de persécution, état catatonique. Rétention volontaire des matières, de l'urine, de la salive. Mort en mars 1896.

Observation XXXIII (Arnaud).

Paralysie générale expansive.

C... 36 ans.

Maladie confirmée : 16 jours.

Entré le 4 juillet 1897. Grande agisation. Mauvais état physique. Refus des aliments. Ictus le 15. Mort par ictus, le 20 juillet 1897.

Observation XXXIV (Arnaud).

Paralysie générale dépressive

R..., 46 ans.

Maladie confirmée : 18 jours.

Entré le 9 septembre 1897. Demi-stupeur, opposition, refus des aliments, rétention de la salive. Idées hypocondriaques. Mort par ictus le 27 septembre 1897.

Observation XXXV (Personnelle).

Paralysie générale expansive

L .., 49 ans.

Maladie confirmée : 4 ans et 3 mois.

Entré en décembre 1897. Très mégalomane. Ictus en octobre 1899, en mai 1900. Raideurs musculaires vers janvier 1900. Impotence complète à la fin de 1900. Eschares au dos, au siège, aux pieds. Mort par ictus en mars 1902.

OBSERVATION XXXVI (Arnaud).

Paralysie générale expansive.

C... 39 ans.

Maladie confirmée : 1 mois.

Entré en novembre 1899. Très agité. Mort par ictus en décembre 1899.

OBSERVATION XXXVII (Personnelle)

Paralysie générale expansive.

B..., 45 ans.

Maladie confirmée : 3 ans et 9 mois.

Entré en février 1898. Mégalomanie très développée par moments. Ictus en novembre 1898, janvier 1900, avril 1900, novembre 1900, août 1901, novembre 1901. Mort en novembre.

OBSERVATION XXXVIII (Personnelle)

Paralysie générale expansive.

S..., 38 ans.

Maladie confirmée : 2 ans.

Entré en août 1899. Idées de grandeur très développées. Quelques idees hypocondriaques. Mort par ictus en août 1901.

Observation XXXIX (Personnelle).

Paralysie générale expansive.

T.... 52 ans.

Maladie confirmée : 2 mois.

Entré en octobre 1902. Extrême agitation continue. Idées de négation, hypocondriaques et idées de grandeur très développées. Mort en décembre 1902.

DEUXIÈME GROUPE

Observation I (Arnaud)

Paralysie générale expansive.

T..., 36 ans.

Période prodromique : 2 ans. Migraine ophtalmique, ictus.

Maladie confirmée : 4 ans et 4 mois.

Durée totale : 6 ans et 4 mois.

Entré en avril 1891. Délire ambitieux, vive agitation, démence tardive. Marche irrégulièrement progressive avec rémissions incomplètes. Plusieurs ictus en octobre 1891. Nombreux ictus et démence complète. Mort en août 1895.

Observation II (Arnaud).

Paralysie générale expansive.

B..., 39 ans.

Période prodromique : 1 an. Diplopie, douleurs fulgurantes, ictus.

Maladie confirmée : 4 ans.

Durée totale : 5 ans.

Antécédents héréditaires : tante aliénée puerpérale.

Entré en juillet 1891. Idées ambitieuses, puis affaiblissement physique et démence. Rémission incomplète de janvier 1892 à juillet 1892. Ambitieux et très agité. Périodes de calme et d'agitation, mais démence progressive et affaiblissement physique. Ictus en série, 23 26 décembre 1893. 29 avril 1894. Janvier 1894. Raideur, marche impossible. Mort par ictus en avril 1895.

Observation III (Arnaud).

Paralysie générale expansive.

G..., 36 ans.

Période prodromique : 10 ans. Symptômes tabétiques. 4 ictus.

Maladie confirmée : 5 mois.

Durée totale : 10 ans et 5 mois.

Entré en mai 1892. Douleurs fulgurantes, ataxie motrice, ambliopie. Marche irrégulière avec rémissions. Nombreux ictus. Hypocondrie et excitation maniaque. Mort par ictus en octobre 1892.

Observation IV (Arnaud).

Paralysie générale expansive. — Démence rapide.

A..., 44 ans.

Période prodromique . 3 ans. Ptosis, diplopie, amauroses, vertiges, mélancolie.

Maladie confirmée : 8 mois.

Durée totale : 3 ans et 8 mois.

Entré en juillet 1892. Démence avec optimisme béat. En août 1892, ictus avec paralysie du côté gauche. Affaiblissement physique. Vertiges et parésie. Période d'alitement assez longue. Mort par ictus en janvier 1893.

Observation V (Arnaud).

Paralysie générale expansive.

D..., 45 ans.

Période prodromique : 1 an.

Maladie confirmée : 2 ans.

Durée totale : 3 ans.

Entré en février 1893. Ambition et démence progressive. Ictus en décembre 1893, février 1894. Ictus les 3, 4, 18, 23 mars 1894, le 30 avril, en juin, juillet, août, septembre, octobre 1894, en janvier, février 1895. Ictus très violent, le 5 février 1895. Mort.

Observation VI (Arnaud.)

Paralysie générale expansive.

De C..., 39 ans.

Période prodromique : 2 ans. Migraines. modifications du sens moral.

Maladie confirmée : 3 ans et 2 mois.

Durée totale : 5 ans et 2 mois.

Antécédents héréditaires : Mère faible d'esprit, frère déséquilibré. 2 cousins ayant fait des accès de mélancolie avec dégoût de la vie.

Entré en février 1893. Idées ambitieuses et idées hypocondriaques, d'empoisonnement, de persécution, etc. Périodes d'agitation, avec refus des aliments.

Léger ictus en avril 1893, en octobre 1895. Violent ictus en avril 1896. Mort.

Observation VII (personnelle)

Paralysie générale expansive. Démence rapide.

D..., 29 ans.

Période prodromique : 4 ans. Bizarreries, oublis, ictus.

Maladie confirmée : 6 ans et 10 mois.

Durée totale : 10 ans et 10 mois.

Entré en novembre 1893. Ictus en décembre 1893. Ictus très grave (3 jours avec 40°), en mars 1894. Amélioration physique très grande. Mort par embolie en août 1900.

Observation VIII (Arnaud).

Paralysie générale expansive.

P..., 47 ans.

Période prodromique : 3 ans. Symptômes tabétiques, plusieurs ictus.

Maladie confirmée : 3 mois.

Durée totale : 3 ans et 3 mois.

Antécédents héréditaires : Mère très nerveuse, père maniaque.

Entré en novembre 1894. Très mégalomane. Agité. Fracture du péroné. Léger ictus en janvier 1895. Mort par ictus en février 1895.

Observation IX (Arnaud).

Paralysie générale dépressive.

G..., 50 ans.

Période prodromique : 18 mois. Irritabilité, perte de mémoire, impuissance, 4 ictus.

Maladie confirmée : 2 ans et 9 mois.

Durée totale : 4 ans et 3 mois.

Entré en février 1896. Idées dépressives habituelles, puis mélange d'idées de négation et de grandeur. Démence lente. Ictus en juillet 1897, le 8 et le 26, en décembre 1897. en mars 1898, en avril 1898, en octobre 1898. Mort.

Observation X (Arnaud).

Paralysie générale expansive.

A..., 36 ans.

Période prodromique : 7 ans. Symptômes tabétiques.

Maladie confirmée : 5 mois.

Durée totale : 7 ans et 5 mois.

Entré en février 1896. Agitation, mégalomanie. Ictus le 10 et le 23 juillet 1896. Ictus terminal en août 1896.

Observation XI (Arnaud).

Paralysie générale expansive.

D..., 35 ans.

Période prodromique : 2 ans. Etat neurasthénique, excitation, embarras de la parole.

Maladie confirmée : 2 ans et 2 mois.

Durée totale : 4 ans et 2 mois.

Entré en octobre 1897. Agitation, mégalomanie. Raideurs musculaires, impotence pendant 4 à 5 mois. Ictus en septembre 1899. Ictus en octobre 1899. Mort par ictus en janvier 1900.

Observation XII (Personnelle).

Paralysie générale mixte.

H..., 41 ans.

Période prodromique : 8 ans. Symptômes tabétiques, ptosis, diplopie, ictus répétés.

Maladie confirmée : 2 ans et 6 mois.

Durée totale : 10 ans et 6 mois.

Entré en avril 1898. Démence lente, optimisme. Plus tard, hypocondrie et négation. Ictus en mai 1898, juin 1898, février 1899, mars 1899, octobre 1900. Mort par ictus en octobre 1900.

Observation XIII (Personnelle).

Paralysie générale expansive.

V.... 50 ans.

Période prodromique : 2 ans.

Maladie confirmée : 2 mois.

Durée totale : 2 ans et 2 mois.

Antécédents héréditaires : oncle mort interné.

Entré en juillet 1898. Troubles physiques surtout apparents au début. Puis déchéance rapide. Mort par ictus en septembre 1898.

Observation XIV (Arnaud).

Paralysie générale expansive.

M..., 54 ans.

Période prodromique : 6 mois. Vertiges, embarras de la parole.

Maladie confirmée : 3 mois.

Durée totale : 9 mois.

Entré en décembre 1898. Très agité et très mégalomane. Mort par congestion pulmonaire en mars 1899.

Observation XV (Personnelle).

Paralysie générale dépressive.

C..., 52 ans.

Période prodromique : 1 an. Ictus.

Maladie confirmée : 2 ans et 1 mois.

Durée totale : 3 ans et un mois.

Entré en décembre 1898. Etat mélancolique. Idées hypocondriaques, demi-stupeur, catatonie. Puis mélange d'idées de satisfaction. Raideurs spasmodiques, marche impossible vers avril 1900. Mort en janvier 1901.

Observation XVI (Personnelle).

Paralysie générale à double forme.

V..., 38 ans.

Période prodromique : 1 an et 6 mois.

Maladie confirmée : 2 ans et 8 mois.

Durée totale : 4 ans et 2 mois.

Entré en avril 1899. Accès d'agitation maniaque avec idées de grandeur absurdes. Moments de lucidité relative. En octobre 1899, crise de dépression hypocondriaque, négation, énormité, grandeur. Retour de l'optimisme en 1900, excitation jusqu'en juin. Dépression : juin, septembre, puis alternatives irrégulières. Affaiblissement physique brusque et raideurs musculaires en septembre 1901. Mort par ictus en novembre 1901.

Observation XIX (Personnelle).

Paralysie générale expansive.

B..., 38 ans.
Période prodromique : 2 ans. Ictus, excitation.
Maladie confirmée : 4 mois.
Durée totale : 2 ans et 4 mois.
Entré en novembre 1900. Violente agitation, idées de grandeur très développées. Rémission incomplète vers février 1901. Mort par ictus en mars 1901.

Observation XX (Personnelle).

Paralysie générale expansive.

H..., 30 ans.
Période prodromique : 6 mois. Neurasthénie.
Maladie confirmée : 1 an et 5 mois.
Durée totale : 1 an et 11 mois.
Entré en juin 1901. Vive excitation, idées de grandeur très développées. Plusieurs vertiges. Mort par ictus le 8 novembre 1902.

Observation XXI (Personnelle).

Paralysie générale dépressive.

S..., 33 ans.
Période prodromique : 1 an. Ictus.
Maladie confirmée : 1 mois et demi.
Durée totale : 1 an et 1 mois et demi.
Entré en septembre 1902. Idées hypocondriaques, mélanco-

liques et de persécution dominantes, mais aussi quelques idées de grandeur. Refus partiel des aliments. Mort par ictus en octobre 1902.

Observation XVII (Personnelle).

Paralysie générale expansive.

V.... 46 ans.

Période prodromique : 2 ans. Neurasthénie.

Maladie confirmée : 2 ans.

Durée totale : 4 ans.

Antécédents héréditaires : Plusieurs collatéraux aliénés.

Entré en juillet 1899. État maniaque continu avec mégalomanie très développée. Raideurs musculaires et gène de la marche vers la fin de 1900. Impotence relative vers avril 1901. Ictus en juin 1901. Ictus terminal en juillet 1901.

Observation XVIII (Personnelle).

Paralysie générale expansive.

M..., 32 ans.

Période prodromique : 6 mois. Accès subit de violente agitation avec amnésie consécutive.

Maladie confirmée : 2 ans et 7 mois.

Durée totale : 3 ans et 1 mois.

Antécédents héréditaires : Père tabétique.

Entré en juin 1900. Agitation violente, mégalomanie très développée. Rémission assez complète de septembre à décembre 1900. Retour de l'agitation en décembre. Pendant quelques mois idées hypocondriaques. Raideurs musculaires vers avril 1902. Impotence vers octobre 1902. Ictus terminal le 20 janvier 1903.

Observation XIV (Personnelle).

Paralysie générale expansive.

Période prodromique : 2 ans. Irritabilité, accès de mélancolie.

Maladie confirmée : 2 mois.

Durée totale : 2 ans et 2 mois.

Entré en octobre 1902. Extrême agitation continue. Idées de négation hypocondriaques et idées de grandeur très développées. Mort en décembre 1902.

Observation XX (Arnaud).

Paralysie générale dépressive.

V..., 45 ans.

Période prodromique : 5 ans. Symptômes ataxiques.

Maladie confirmée : 8 ans.

Durée totale : 13 ans.

Démence puérile rapide, idées hypocondriaques. Nombreux ictus. Mort par ictus en juillet 1902.

Observation XXI (Arnaud).

Paralysie générale mixte.

B..., 44 ans.

Période prodromique : 6 mois. Dépression puis excitation.

Maladie confirmée : 4 ans.

Durée totale : 4 ans et 6 mois.

Idées de persécution, de négation et de grandeur. Très affaibli. Mort par congestion pulmonaire en mars 1902.

V. — CONCLUSIONS

I. — La paralysie générale plus qu'aucune maladie a une durée variable et difficile à prévoir. Cependant, certains caractères de l'affection, certaines conditions du malade permettent de porter un pronostic réservé.

II. — La paralysie générale à marche rapide se rencontre surtout dans les formes dépressives avec idées hypocondriaques et refus des aliments et dans les formes expansives à violente agitation persistante.

III. — La maladie affecte une longue durée dans les formes à démence rapide, tabétiques, à rémissions et dans la paralysie générale juvénile. Chez la femme elle semble également avoir une marche plus lente.

IV. — Dans 24 observations où les malades ont été suivis depuis le début, jusqu'à la fin, nous obtenons une moyenne de 4 ans et 4 mois pour la durée totale, de 2 ans et 8 mois pour la période prodromique. Dans 63 cas, en ne tenant compte que de la période de maladie confirmée, nous avons une moyenne de 2 ans et 1 mois.

V. — Les ictus survenant dans le cours de la maladie, n'ont pas la valeur pronostique qu'on leur a parfois attribuée. Ils peuvent être fréquents et la paralysie générale avoir une longue durée. Ainsi que l'a montré notre maître, M. Arnaud, la moitié des malades meurent debout d'un ictus, alors que, relativement valides, ils auraient pu vivre encore longtemps.

VI. — Les moyens hygiéniques et diététiques mis en œuvre dans la paralysie générale ont une importance considérable et peuvent prolonger de beaucoup la durée de la maladie.

VII. — Le traitement mercuriel intensif et longtemps prolongé de la paralysie générale qui est actuellement et de tous côtés à l'étude, ne nous a pas paru, jusqu'à présent, ralentir la marche de la maladie. Nous n'avons jamais constaté de guérison.

Vu : Le Président de la Thèse,
RAYMOND.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Delaye. — Considérations sur une espèce de paralysie générale qui affecte particulièrement les aliénés. *Thèse*, Paris, 1824.

Calmeil. — De la paralysie générale considérée chez les aliénés, 1825. Dictionnaire en 30 vol., t. XIII, p. 148.

Bayle. — Traité des maladies du cerveau et de ses membranes, 1826.

Esquirol. — Traité des maladies mentales, 1838.

Parchappe. — Traité théorique et pratique de la folie, 1841.

Hubert-Rodrigues. — Traité de la paralysie générale chronique, 1847.

Lunier. — Recherches sur la paralysie générale progressive, 1849.

Beau. — Paralysie générale aiguë. *Archives générales de médecine*, 1852.

J. Falret. — Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales. *Thèse*, Paris, 1853.

Trélat. — Paralysie générale galopante. *Annales médico-psychologiques*, 1855.

Baillarger. — *Union médicale*, 1855.

Linas. — *Thèse inaugurale*, Paris, 1857.

Sauze. — *Annales médico-psychologiques*, 1858.

Calmeil. — Traité des maladies inflammatoires du cerveau, 1859.

Doutrebente. — *Thèse inaugurale*, 1870.

Sander. — *Clinique médicale* de Berlin, 1871.

J. Falret. — *Congrès de Paris*, août 1878.

Lionet. — Des variétés de la paralysie générale, dans leurs rapports avec la pathogénie. *Thèse*, Paris, 1878.

Marandon de Montyel. — Marche de la paralysie générale progressive chez les héréditaires. *Annales médico-psychologiques*, 1878.

Doutrebente. — *Annales médico-psychologiques*, 1878.

Foville. — *Nouveau dictionnaire de médecine*. Art. Paralysie générale, 1878.

Voisin. — Paralysie générale des aliénés, 1879.

Regis. — De la dynamie ou exaltation fonctionnelle au début de la paralysie générale *Mémoire qui a obtenu le prix Esquirol*, 1879.

Baillarger. — Des rémissions et de la démence dans certains cas de paralysie générale, 1879.

Lemaitre. — Quelques observations de paralysie générale à longue durée. *Thèse*, Paris, 1879.

Régis. — La paralysie générale chez la femme, 1882.

Talon. — *Thèse*, Montpellier, 1883.

Christian et Ritti. — Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, 1885. *Art. paralysie générale.*

J. Larroque. — Des rémissions dans le cours de la paralysie générale. *Thèse*, Paris, 1886.

Régis. — *Encéphale*, 1883 et 1885.

Siemerlinc. — *Soc. de psych.* de Berlin, 1888.

G.-R. Trowbridge. — *The alienist and neurologist*, 1891.

Raphaël Roscioli. — La paralysie générale dans l'Italie du Sud, 1891.

J. Wiglesworth. — *The Journal of Ment. Sc.*, 1893.

J. Midlemass. — *Journ. off. Ment. Sc.*., 1894.

Dagonet. — Traité des maladies mentales, 1894.

Cullerre. — Traité pratique des maladies mentales, 1890.
Régis. — Manuel pratique de médecine mentale, 1892.
J. Hepburn. — *American Journal of in sanity*, 1895.
Bressler. — *Neurologisches Centralblatt*, 1895.
L. Dunn — *Journ. of. Ment. Sc.*, 1895.
Th. Kaës. — *Allg. Zeits. f. psych.*, LI, 1.
K. Heilbronner. — *Alig. Zeits. f. psych.*, LI, 1.
R.-S. Stewart. — *Journ. of, Ment. Sc.*, 1895.
O. Ecart. — Quelques observations de paralysie générale à longue durée. *Thèse*, Paris, 1896.
Saint-Maurice. — De la paralysie générale juvénile. *Thèse*, Paris, 1896.
Vallon. — *Congrès de Nancy*, 1896.
Thomsen de Bonn. — *Congrès de Bruxelles*, 1897.
Krafft-Ebing. — Traité clinique de Psychiâtrie, traduit par le docteur Emile Laurent, 1897.
Allzeimer. — *Allg. Zeits. f. psych.*, 1897.
F.-L. Arnaud. — Diagnostic de la paralysie générale. *Congrès de Toulouse*, 1897.
Mairet. — Traité de thérapeutique de A. Robin, 1898.
Régis et Saporito. — *Ann. Méd. psych.*, 1898.
O. Muller. — *Allg. Zeits. f. psych.*, juin 1898.
Magnan et Sérieux. — La paralysie générale. 1898.
Thomson et Welsch. — *Psychiatrie Wosch.*, 1899.
Helen Boyle. — *Jour. of. Ment. Sc.*. 1899.
Crété. — *Thèse*, Paris, 1899.
Raymond. — *Semaine médicale*, 1900.
W.-L. Worcester. — *The american Journal of insanity*, 1900.
Gumpertz. — *Arch. f. psych.*, 1900.
Kaplan et Meyer. — *Soc. de psychiâtrie* de Berlin, 1900.
Daniel Brunet. — *Soc. Méd. psych.*, 1900.
Devay. — *Congrès de Limoges*, 1901.
Hirschl. — Paralysie générale juvenile, *Wien. Klin. Woch.* 1901.

RAYMOND et SÉRIEUX. — Paralysie générale, in *Traité de médecine*, t. IX, avril 1902.

DUPRÉ et PAGNIEZ. — *Congrès de Grenoble*, 1902.

G. LEMOINE. — *Revue neurologique*, 30 juillet 1902.

DEVAY. — *Congrès de Grenoble*, août 1902.

LEREDDE. — *Progrès Médical*, avril 1902.

MARCHAND. — *Soc. Neurologique*, 1902.

RAYMOND, — *Soc. de Neurologie*, juillet 1902.

LEREDDE. — *Soc. de Neurologie*, juillet 1902.

ROGUES de FURSAC. — Manuel de Psychiâtrie, 1903.

DUPRÉ. — Art. Paralysie générale, in *Traité de Pathologie mentale* de G. Ballet, 1903.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE).